Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2½—3 Bogen. Preis vierteljährig 6 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 46. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

O. Bollinger, München. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. M. v. Schleiss, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 25. 18. Juni 1895. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 46. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. 42. Jahrgang.

Originalien.

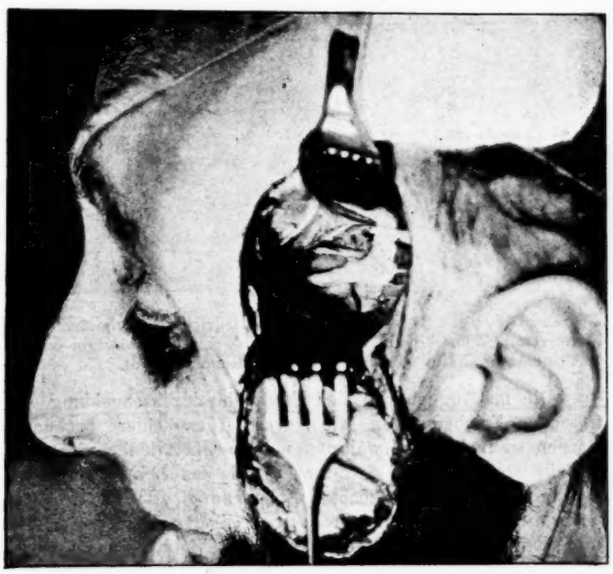
Die Physiologie des Trigeminus nach Untersuchungen an Menschen, bei denen das Ganglion Gasseri entfernt worden ist.

Von Prof. Dr. *Fedor Krause*, Oberarzt der chirurgischen Abtheilung des Altonaer Krankenhauses.

Die fürchterlichen Qualen, denen die von schwerer Neuralgie des Trigeminus befallenen Kranken unterworfen sind, haben zu immer eingreifenderen Operationen Veranlassung gegeben, wenn innere und neurologische Mittel sich als nutzlos erwiesen hatten. So ist man schliesslich selbst vor der Eröffnung der Schädelhöhle nicht zurückgeschreckt, um durch intracranielle Resection der Trigeminusäste jenen bemitleidenswerthen Leuten Linderung zu verschaffen. Sind doch Selbstmordversuche in diesen schwersten Fällen von Gesichtsschmerz so häufig, dass man zu der Behauptung berechtigt ist, sie gehörten so gut wie zum Krankheitsbilde. Daher tritt auch die Gefahr, welche jenen Operationen ohne Zweifel inne wohnt, gegenüber den entsetzlichen Symptomen etwas in den Hintergrund. Wenn man nämlich im einzelnen Falle das Für und Wider genau abwägt, und wenn man den armen Leidenden die Verhältnisse ohne Rückhalt auseinandersetzt, so findet man keinen Widerspruch gegen den gefährlichen Eingriff. „Lieber den Tod, als solch ein Leben.“ Diesen Ausspruch habe ich fast von allen meinen Kranken gehört, und ihre schmerzdurchfurchten Züge legen beredtes Zeugniss dafür ab, dass jenes Wort keine leere Redensart ist.

Leider hat sich gezeigt, dass selbst die intracraniell ausgeführte Resection der einzelnen Trigeminusäste, wie ich sie im Jahre 1892 angegeben habe, nicht völlig vor Rückfällen sicher stellt; diese Erfahrung hat mich gezwungen, meine Methode weiter auszubilden und das Ganglion Gasseri sammt dem central davon gelegenen Trigeminusstamm zu entfernen.[1]) Durch dieses radicale Vorgehen wird meinen Beobachtungen nach die Gefahr der Operation nicht wesentlich vergrössert und ihre Zeitdauer nur unerheblich verlängert. Das Operationsverfahren wird durch Photogramm 1 veranschaulicht. Ferner aber veranlassten mich zur Exstirpation des Ganglion die wenigstens in schweren Fällen von Neuralgie unzweifelhaft in jenem nachzuweisenden histologischen Veränderungen. Sie bestehen im wesentlichen in sklerotischen und atrophischen Vorgängen innerhalb der Ganglienzellen[2]), während man in den peripheren Trigeminusästen nur geringfügige Veränderungen antrifft, wenn solche überhaupt gefunden werden.

Die Entfernung des Ganglion Gasseri hat selbstverständlich unheilbare Lähmung des Trigeminus zur Folge, und an den Ausfallserscheinungen, welche die Operirten darbieten, lassen sich die Functionen jenes Nervenstammes mit grösserer Genauigkeit feststellen, als es beim Thierexperiment möglich ist. Meine Beobachtungen haben mich nun sehr bald belehrt, dass die Prüfung einzelner Functionen bei den verschiedenen Kranken nicht gleichmässige Ergebnisse liefert, und um nun in dieser wichtigen Frage zu möglichst objectiven Resultaten zu gelangen, habe ich meine Kranken auch von berufenster Seite untersuchen lassen. Ich hatte mich in dieser Beziehung in erster Linie der gütigen Unterstützung des Herrn Geheimrath Prof. Dr. Hitzig in Halle zu erfreuen, welcher einen Mann etwa 2 Jahre nach der Exstirpation des Ganglion Gasseri in seine Klinik aufgenommen und aufs genaueste untersucht



Erklärung. I erster, II zweiter, III dritter Trigeminusast. G Ganglion Gasseri. Neben III ist die A. meningea media unterbunden und abgeschnitten. Unter dem Ganglion ist oben da, wo die Thiersch'sche Zange zum Herausdrehen des Trigeminusstammes angelegt werden muss, ein schwarzer Stift untergeschoben.

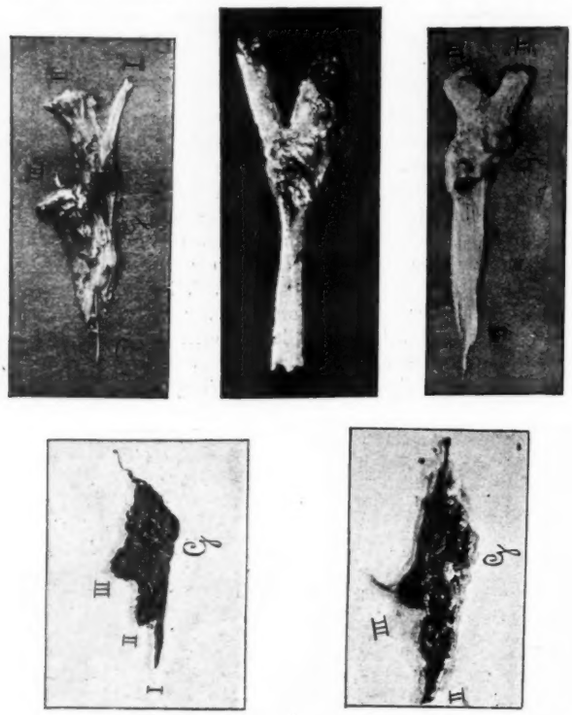
hat. Ferner haben die Hamburger Nervenärzte Herr Dr. Nonne und besonders Herr Dr. Alfred Saenger einige meiner Operirten sorgfältiger Prüfung unterzogen. Auch an dieser Stelle erfülle ich die angenehme Pflicht, jenen Herren meinen verbindlichsten Dank für ihr freundliches Entgegenkommen auszusprechen. Ich selbst habe oft wiederholte Untersuchungen an 5 Operirten vorgenommen und zwar zu verschiedenen Zeiten, 18 Tage bis 2⅓ Jahre nach der Ganglionexstirpation. Ich glaube, auch meine eigenen Befunde sind mit grösster Vorsicht erhoben und mit Kritik verwerthet, so dass ich — obgleich nicht Fachmann — doch ein Wort mitzusprechen mir erlauben darf. Man arbeitet sich ja in solche Untersuchungsmethoden unschwer ein.

[1]) F. Krause, Entfernung des Ganglion Gasseri und des central davon gelegenen Trigeminusstammes. Deutsche med. Wochenschrift 1893, Nr. 15 und Chirurgen-Congress 1895.

[2]) Genaueres über diese Veränderungen wird in meiner demnächst erscheinenden Monographie über die Neuralgie des Trigeminus mitgetheilt.

Im Folgenden gebe ich eine zusammenfassende Uebersicht aller Befunde. Ueber die Physiologie habe ich die einschlägigen Capitel des grossen Handbuches von L. Hermann, ferner die Vorlesungen von Ernst Brücke und das 1894 erschienene Lehrbuch von Julius Bernstein um Rath gefragt. Was die Pathologie anlangt, so würde ein Eingehen auf die überaus reiche Literatur den Raum, den diese Mittheilung einnehmen soll, bei weitem überschreiten; sie ist soweit nöthig erwähnt.

Die hier folgenden Photogramme der exstirpirten Nerventheile, welche sofort nach der Operation in natürlicher Grösse, nur Nr. 2 unwesentlich verkleinert, von mir aufgenommen worden sind, mögen beweisen, dass es sich in jedem der 5 Fälle um völlige Ausrottung des Ganglion Gasseri handelt.



Erklärung. I erster, II zweiter, III dritter Trigeminusast, der erste reisst meist dicht am Ganglion ab. G Ganglion Gasseri. T Trigeminusstamm (sensible und motorische Wurzel).

Die im Augenblicke der Trigeminusdurchschneidung auftretenden Erscheinungen, wie sie so oft am Thiere beobachtet worden sind, konnten während meiner Operationen nicht festgestellt werden. Jeder Chirurg wird das berechtigt finden. Bei so schweren, die höchste Anspannung aller Geisteskräfte beanspruchenden Operationen, wie es die Exstirpation des Ganglion Gasseri ist, hat man zu solchen Beobachtungen weder Zeit noch Ruhe. Auch sind bei unsern jetzigen aseptischen Maassnahmen, bei denen die ganze Umgebung des Operationsfeldes mit sterilen Tüchern bedeckt ist, die Beobachtung der Pupillen, der Blutgefässe der Augen und des Gesichtes im Augenblick der Trigeminusdurchtrennung unausführbar. Sogleich nach der Operation wird meinen Vorschriften entsprechend das betreffende Auge mit verbunden, auch muss es schon vorher atropinisirt werden. Daher entziehen sich etwaige Veränderungen in Bezug auf Ex- oder Enophthalmus, Oeffnung der Lidspalte, Pupillengrösse, Injection der Iris, Conjunctiva und Sclera unserer Wahrnehmung. Irgendwelche Beobachtungen, die in der ersten Zeit nach der Operation dem schwer Kranken geringe Unannehmlichkeiten bereiten oder auch nur unbequem werden könnten, müssen durchaus vermieden werden. In erster Linie steht die Sorge für den Operirten, nur soweit es sich damit verträgt, können rein wissenschaftliche Fragen erörtert werden; ein weiteres Recht besitzt die Wissenschaft nicht.

Natürlich ist es von Werth, streng genommen sogar erforderlich, schon vor der Exstirpation des Ganglion eine genaue Untersuchung der Personen in Bezug auf alle Fragen, die überhaupt erörtert werden sollen, vorzunehmen. Dies ist geschehen, soweit es dem Zustande der Kranken nach möglich war. Zwei davon (Frau R. und Herr B.) litten so furchtbar unter ihren Schmerzen, dass jede eingehendere Untersuchung eine rohe Quälerei gewesen wäre und doch zu keinem brauchbaren Ergebnisse geführt hätte. Oberflächlich wurde festgestellt, dass im Gebiet des erkrankten Trigeminus nur diejenigen Ausfallserscheinungen vorhanden waren, welche in den von anderen Chirurgen früher ausgeführten Resectionen der peripheren Aeste ihre Begründung finden. Dagegen habe ich bei zwei Frauen (Frau W. und Frau T.) in früheren Jahren selbst zunächst die peripheren Trigeminusäste resecirt, bei der einen noch in Halle. Diese Frau wurde dort ausser von mir auch in der Nervenklinik und Augenklinik einer genauen Untersuchung unterzogen, dasselbe ist bei der zweiten Frau in Altona geschehen; die fünfte Operirte, Frau W-n., konnte vor der Ganglienexstirpation genau untersucht werden. Somit ist auch dieser Forderung Genüge geschehen.

Die Ausrottung des Ganglion Gasseri hat **vollständige Anästhesie im Verbreitungsgebiet aller drei Trigeminusäste** zur Folge. Die ersten genauen Untersuchungen konnten schon vom 18. Tage nach der Operation an vorgenommen werden, da die Heilung eine rasche zu sein pflegt. Die verschiedenen Gefühlsqualitäten bieten aber durchaus nicht die gleichen Grenzen dar, und ich halte es daher für nöthig, an der Hand von Photogrammen genauere Mittheilungen über diese Befunde zu geben.

Um den etwaigen Einfluss früherer peripherer Resectionen darzulegen, sind diese immer mit angegeben. Das Alter der Kranken ist das zur Zeit der Ganglienexstirpation.

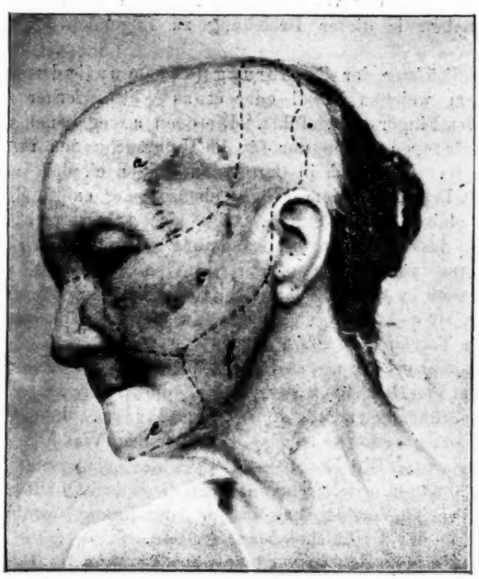
Abbildung 3. Frau W-n., 36 Jahre alt. 1888 N. infraorbitalis resecirt. 29. XI. 1894 Exstirpation des Ganglion Gasseri. Befund 18 Tage nach der Operation.

	Tastempfindung	Schmerzempfindung	Wärmeempfindung	Kälteempfindung
Gebiet a	herabgesetzt	aufgehoben	sehr wenig herabgesetzt	aufgehoben
„ b	aufgehoben	„	wenig herabgesetzt	„
„ c	vor dem Ohr stark herabgesetzt, sonst erhalten	„	stark herabgesetzt	„
„ d	aufgehoben	„	wenig herabgesetzt	„
„ e	„	„	stark herabgesetzt	„
„ f	herabgesetzt	herabgesetzt	stark herabgesetzt	herabgesetzt

Abbildung 4. Frau Tränkel, 70 Jahre alt. 1892 erster und zweiter Ast bis zur Schädelbasis von mir entfernt. 19. IX. 1894 Ganglion exstirpirt. 1 bedeutet den Befund 18 Tage nach der Operation, 2 bedeutet den Befund 6 Monate nach der Operation.

	Tastempfindung	Schmerzempfindung	Wärmeempfindung	Kälteempfindung
Gebiet a	1 aufgehoben	in der äussern Hälfte aufgehoben	herabgesetzt	in der äussern Hälfte aufgehoben
	2 herabgesetzt	in der äussern Hälfte herabgesetzt	„	herabgesetzt
„ b	1=2 aufgehoben	aufgehoben	aufgehoben	aufgehoben
„ c	1 aufgehoben 2 leidlich vorhanden	1=2 aufgehoben	vorhanden	vorhanden
„ d	1 aufgehoben 2 herabgesetzt	1=2 aufgehoben	aufgehoben	aufgehoben
„ e	1 aufgehoben 2 herabgesetzt	1=2 aufgehoben	1 aufgehoben 2 herabgesetzt	1=2 aufgehoben
„ f	1=2 etwas herabgesetzt	etwas herabgesetzt	herabgesetzt	herabgesetzt

Abbildung 5. Frau Rode, 68 Jahre alt. 1880 und 1883 dritter Ast resecirt. 31. Januar 1893 Ganglion exstirpirt. Befund 4 Wochen nach der Operation.



	Tastempfindung	Schmerzempfindung	Wärmeempfindung	Kälteempfindung
Gebiet a	aufgehoben	aufgehoben	aufgehoben	aufgehoben
„ b	„	„	„	„
„ c	stark herabgesetzt, Localisation sehr schlecht	stark herabgesetzt	stark herabgesetzt	stark herabgesetzt
„ d	stark herabgesetzt, Localisation sehr schlecht	stark herabgesetzt	aufgehoben	aufgehoben
„ e	stark herabgesetzt, schlechte Localisation	herabgesetzt	„	„
„ f	wenig herabgesetzt, schlechte Localisation	wenig herabgesetzt	wenig herabgesetzt	wenig herabgesetzt

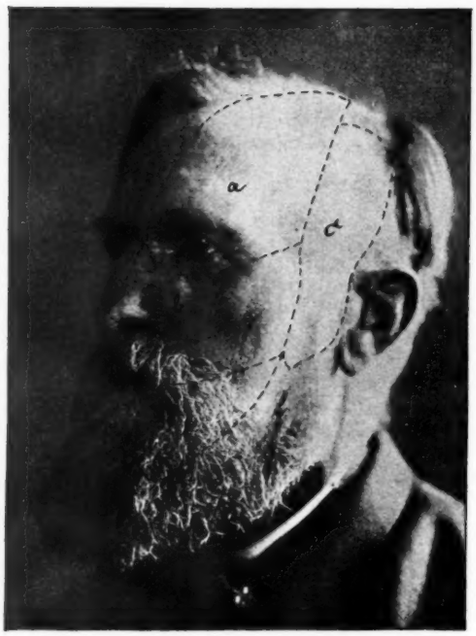
Abbildung 6 Frau Rode, Befund 2¼ Jahre nach der Operation.

	Tastempfindung	Schmerzempfindung	Wärmeempfindung	Kälteempfindung
Gebiet a	herabgesetzt	sehr stark herabgesetzt	aufgehoben	aufgehoben
„ b	aufgehoben	aufgehoben	„	„
„ c	vorhanden, aber schlechte Localisation	wenig herabgesetzt	schwach	schwach
„ d	stark herabgesetzt	sehr stark herabgesetzt	aufgehoben	aufgehoben
„ e	herabgesetzt	herabgesetzt	„	„
„ f	vorhanden, aber schlechte Localisation	sehr wenig herabgesetzt	schwach	schwach

Abbildung 7. Herr Behrens, 55 Jahre alt. 1882 N. infraorbitalis, 1884 N. supraorbitalis resecirt. 30. Mai 1893 Ganglion exstirpirt. Befund des Herrn Geheimrath Hitzig fast 2 Jahre nach dieser Operation.

Bei der von mir ausgeführten Untersuchung dieses Mannes 3 Wochen nach der Operation waren die Grenzen der anästhetischen Zonen fast die gleichen, wie die auf Abbildung 5 angegebenen.

	Tastempfindung	Schmerzempfindung	Wärmeempfindung	Kälteempfindung
Gebiet a	aufgehoben	grösstentheils sehr herabgesetzt, in den untern Partien aufgehoben	grösstentheils aufgehoben	grösstentheils aufgehoben
„ b	„	aufgehoben	aufgehoben	aufgehoben
„ c	grösstentheils erhalten	grösstentheils erhalten	grösstentheils erhalten	grösstentheils erhalten
„ d	grösstentheils aufgehoben	grösstentheils aufgehoben, resp. herabgesetzt	grösstentheils aufgehoben	grösstentheils aufgehoben
„ e	aufgehoben	grösstentheils aufgehoben, resp. herabgesetzt	grösstentheils aufgehoben	grösstentheils aufgehoben
„ f	vorhanden	vorhanden	vorhanden	vorhanden



Vergleicht man die eben mitgetheilten Befunde unter einander, so bewahrheitet sich wieder die längst bekannte Thatsache, dass im Laufe der Zeit das Gebiet der Anästhesie wesentlich kleiner wird. Schon Victor von Bruns[3]) hat auf diese Erscheinung unsere Aufmerksamkeit gelenkt. Wenn er nach Durchschneidung der Gesichtsnerven Aufhebung der Empfindung für Tast- und Temperatureindrücke festgestellt hatte, so fand er im weiteren Verlaufe in allen Fällen eine Wiederkehr des Empfindungsvermögens und zwar zuweilen schon innerhalb einiger Tage, andere Male nach Verlauf mehrerer Wochen. In letzterem Falle handelt es sich um Regenerationsvorgänge. Kehrte indessen das Empfindungsvermögen schon nach wenigen Tagen zurück, so erklärte Bruns, da er die sofortige Wiedervereinigung der durchtrennten Nervenenden auf verschiedene Weise zu verhüten bestrebt war, jene Erscheinung auf folgende Weise. Ausser den gröbern Nerven, welche sich zu einem Theile hinbegeben, schlügen noch sehr feine Fädchen denselben Weg ein, und diese vermittelten nach Durchschneidung der einen Bahn die supplirende Sensibilität.

In den Fällen von Exstirpation des Ganglion Gasseri, welche nach unseren jetzigen Kenntnissen zu vollkommener Degeneration und Vernichtung aller peripheren Verzweigungen des betreffenden Trigeminus führen muss, kann zur Erklärung des wiedereintretenden Empfindungsvermögens in vorher völlig gefühllosen Gebieten die Bruns'sche Ansicht selbstverständlich nicht herbeigezogen werden. Es handelt sich vielmehr hier um die längst bekannte Thatsache, dass aus der normal innervirten Umgebung neue Nervenfasern in das anästhetische Gebiet hineinwachsen. Die Chirurgen haben oft Gelegenheit, dies zu beobachten, bei plastischen Operationen mit gestielten Hautlappen, bei Durchtrennungen von Nervenstämmen, seien sie operativer Art oder durch Verletzungen bedingt, und namentlich bei ausgedehnten Resectionen von Nerven.

In allen diesen Fällen sind die Bedingungen für das Hineinwachsen von Nervenfasern insofern sehr günstig, als die anästhetischen Gebiete ja ausreichende Blutcirculation besitzen und daher in normaler Weise ernährt werden. Aber auch unter viel ungünstigeren Bedingungen findet die Nervenregeneration statt. So z. B. habe ich (1893 Chirurgen-Congress) ein Verfahren angegeben und in sehr zahlreichen Fällen, in denen die Thiersch'schen Transplantationen nicht genügen, ausgeführt, um ausgedehnte Hautdefecte, alte Unterschenkelgeschwüre u. dgl. durch ungestielte Hautlappen zur Heilung zu bringen. Die ganze Haut, jedoch mit Ausnahme des Fettgewebes, wird in Gestalt sehr grosser Lappen vom Oberarm, Oberschenkel oder Bauch auf die in eine völlig reine, frische Wunde verwandelte Geschwürsfläche, z. B. des Unterschenkels transplantirt. Auch diese aus jeder Verbindung losgelöste Haut wird im Laufe der Zeit empfindlich, freilich erheblich viel später, als es unter den oben erwähnten, um vieles günstigeren Ernährungsbedingungen der Fall ist. Auch in die transplantirte Haut wachsen offenbar Nervenfasern aus der gesunden Umgebung hinein.

Auf diesen Umstand muss ich besonders desshalb hinweisen, weil bei allen Kranken, denen ich das Ganglion Gasseri exstirpirt habe, lange Zeit und zwar stets mehrere Jahre vorher Resectionen peripherer Trigeminuszweige vorgenommen worden sind. Die zunächst anästhetischen Gebiete sind in einzelnen Fällen offenbar durch Hineinwachsen der Nervenfasern vom Trigeminus der anderen Seite oder von Nerven des Cervicalgeflechtes, namentlich N. auricularis magnus her mit Empfindung ausgestattet worden, denn diese Gebiete wurden nach Entfernung des erkrankten Ganglion nicht wieder anästhetisch. Aus jenem Grunde verläuft bei Frau W-n. (Abb. 3) und Frau T. (Abb. 4) auch kurze Zeit nach der Ganglionexstirpation die Grenze der Anästhesie nicht in der Mittellinie.

Doch nicht bloss die Grenzen der empfindungslosen Gebiete, sondern auch der Grad der Anästhesie in Bezug auf die einzelnen Qualitäten erfährt eine deutliche Abnahme; die Untersuchungen der verschiedenen Personen zu verschiedenen Zeiten haben in dieser Beziehung zu folgenden Ergebnissen geführt.

Die Prüfung der Berührungs(Tast)empfindung wurde mit einem weichen Pinsel oder etwas Watte, ferner mit der Kuppe des Fingers ausgeführt. Die oben angegebenen Grenzen und Erklärungen gelten nur für die Untersuchungen mit Pinsel und Watte. Während in der ersten Zeit nach der Operation stärkerer Druck mit dem Finger ebensowenig empfunden wird wie die leisen Berührungen, zeigt sich schon nach einigen Monaten, dass jener zur Wahrnehmung gelangt, allerdings wesentlich undeutlicher als auf der gesunden Seite; diese dagegen werden auch zwei Jahre nach dem Eingriff in den abgegrenzten Gebieten entweder gar nicht oder nur sehr schwach empfunden (vgl. die Tafelerklärungen).

Die Schmerzempfindung wurde durch Nadelstiche und mit dem elektrischen Stift geprüft, die Kälteempfindung durch Berührung mit kalten Gegenständen, die Wärmeempfindung mittelst eines mit heissem Wasser gefüllten Reagensglases. Die Ergebnisse der Untersuchungen sind aus den Zeichnungen ersichtlich, auch für diese drei Qualitäten tritt allmählich eine Verringerung in der Ausdehnung sowohl als in dem Grade der Gefühlsbeschränkung ein.

Die Prüfung des Ortssinnes der äusseren Haut mit dem Sieveking'schen Tasterzirkel kann erst viele Monate nach

[3]) V. Bruns, Die Durchschneidung der Gesichtsnerven beim Gesichtsschmerz. Tübingen, 1859. Sonderabdruck aus seiner chirurgischen Pathologie und Therapie des Kau- und Geschmacksorgans.

der Operation ausgeführt werden, wenn die Anästhesie keine vollkommene mehr ist. Auch dann lässt sich noch eine beträchtliche Herabsetzung innerhalb der für Pinselberührung anästhetischen, Fingerdruck aber schon empfindenden Gebiete feststellen. Entfernungen der Zirkelenden bis zu 5 cm werden beispielsweise von Herrn B. (Abb. 7) 2 Jahre nach der Operation als einfache Berührungen an Stellen empfunden, wo die Weber'sche Tabelle 11—22 mm als normale Grenze angibt (Untersuchung des Herrn Geheimrath Hitzig). Ausserhalb jener Gebiete sind die Angaben auf beiden Seiten gleich.

Die Prüfung des Localisationssinnes ergibt sehr erhebliche Abweichungen von der Norm. Aus den Tafelerklärungen ist ersichtlich, dass an Stellen, wo auch kurze Zeit nach der Operation Berührung empfunden wird, doch der Ort der Berührung nicht richtig bezeichnet werden kann. Derselbe Befund ist auch noch zwei Jahre später erhoben worden. Die Personen greifen auf die Frage, welche Stelle eben berührt worden ist, in dem anästhetischen Gebiete oft um mehrere Centimeter daneben, während sie auf der gesunden Seite richtig localisiren.

Das stereognostische Gefühl ist bei allen Personen auch zu der Zeit, wo Fingerdruck in den ursprünglich völlig anästhetischen Gebieten schon wieder bemerkt wird, noch deutlich herabgesetzt. Selbst 2 1/4 Jahre nach der Operation konnte ich feststellen, dass Zahlen, welche mit beträchtlichem Fingerdruck auf die anästhetische Gesichtshälfte geschrieben wurden, niemals erkannt wurden, während auf der anderen Seite die Erkennung rasch und sicher erfolgte. Drückt man verschiedene Gegenstände wie Geld, Kugeln, Streichhölzer, Bürsten, Federn u. dgl. zwar sanft an die Gesichtshaut, indessen immerhin so stark, dass der Operirte auf dem für Pinselberührung anästhetischen Gebiet eine Gefühlswahrnehmung hat, so zeigt sich Folgendes. Auf der operirten Seite werden die Gegenstände weniger gut erkannt als auf der andern Seite, in Bezug auf die Grösse der Gegenstände aber unterlaufen durchweg erhebliche Irrthümer (z. B. 5 Pfennigstück wie 3 Markstück).

Die Ohrmuschel ist in ihrer Empfindlichkeit nicht beeinträchtigt, dagegen ist der äussere Gehörgang namentlich im Anfangstheil seiner vorderen Wand unempfindlich. Die Prüfung hat nicht gleichmässige Ergebnisse geliefert, vor Allem wohl desshalb nicht, weil bei einigen Kranken früher schon die Resection des 3. Astes vorgenommen und offenbar vom N. auricularis magnus her die Anfangs anästhetischen Bezirke mit neuer Nervenleitung ausgestattet worden waren. Zwei Operirte (Frau R. und Frau T.) indessen haben unabhängig von einander mir eine Beobachtung mitgetheilt, welche besser als jede Untersuchung für die Gefühlslähmung des äusseren Gehörgangs in seinem Anfangstheil spricht. Wenn sie die Ohren vom Ohrenschmalz, welches nebenbei gesagt in gleicher Menge auf beiden Seiten abgesondert wird, mit einem kleinen Löffelchen reinigen, so empfinden sie auf der operirten Seite sehr oft Schmerz; denn sie können die Tiefe, bis zu der sie eingedrungen sind, nicht genau schätzen und kommen daher leicht zu tief, offenbar bis an das empfindliche Trommelfell, welches ja durch Fasern vom Ramus auricularis des Vagus innervirt wird. Dieser Zustand besteht bei R. nunmehr 2 1/3 Jahre, bei Frau T. 8 Monate seit der Operation unverändert fort. Auf der gesunden Seite verursacht diese Reinigung bei beiden Frauen niemals Schmerz.

Kurze Zeit nach der Operation besteht auf der betreffenden Seite vollkommene Anästhesie in folgenden Schleimhautgebieten: Schleimhaut der einen Nasenhälfte, der Wange, Zahnfleisch des Ober- und Unterkiefers, Mundboden, Zunge ausgenommen die hinteren Abschnitte etwa vom Formen coecum an, harter Gaumen. Vom weichen Gaumen ist im allgemeinen der Arcus palatoglossus und das Gaumensegel anästhetisch, die genaue Feststellung der Grenzen ist wegen der nicht ganz freien Oeffnung des Mundes nicht ausführbar. Der Gaumenreflex kann wegen der Anästhesie des Velums nur von der gesunden, nicht aber von der operirten Seite aus ausgelöst werden. Die Prüfungen wurden mit einem Glasstabe oder einer Stricknadel vorgenommen. In derselben Ausdehnung ist auch die Schmerzempfindung bei Anwendung einer Nadelspitze oder des elektrischen Stromes aufgehoben, ebenso die Kälte- und Wärmeempfindung. Daher empfinden die Personen einen in den Mund genommenen Gegenstand nur auf der gesunden Seite und glauben z. B. anfangs, ehe sie durch Erfahrung das Gegentheil gelernt haben, eine an die Lippen gesetzte Tasse sei zerbrochen.

Im weiteren Verlaufe macht sich eine Abnahme in der Ausdehnung der anästhetischen Zonen sowohl als in dem Grade der Gefühlsbeschränkung bemerkbar. Bei Herrn B. z. B. stellte Herr Geheimrath Hitzig zwei Jahre nach der Operation Folgendes fest: Bei der Untersuchung mit dem Glasstabe empfindet der Mann Berührungen nicht: auf der ganzen Schleimhaut der Wange, am Zahnfleisch des Ober- und Unterkiefers und am harten Gaumen der linken Seite, ferner nicht in den seitlichen Abschnitten (Rändern) der Zunge linkerseits, während er an der Zungenspitze und auf der Zungenoberfläche schon leise Berührungen sehr gut fühlt, ebenso wie an den Gaumenbögen und Zähnen der linken Seite. In Bezug auf die Schmerzempfindung wurde mit der Nadelspitze auf der linken Seite Analgesie resp. Hypalgesie der Zunge, der Wangenschleimhaut, des harten Gaumens und des Zahnfleisches festgestellt. Bei der Prüfung der Schmerzempfindung mit dem elektrischen Stifte zeigte sich Analgesie der Wangenschleimhaut, des harten Gaumens und des Zahnfleisches; dagegen erwies sich die Schmerzempfindung auf der linken Zungenhälfte nur etwas abgestumpft gegenüber der anderen Seite. Bei Berührung mittelst eines mit sehr heissem Wasser gefüllten Reagensglases hat der Operirte an der Schleimhaut der Wange, dem Zahnfleische, sowie am harten Gaumen keine Empfindung, wohl aber an der linken Zungenseite; wenn hier auch die Unterscheidung nicht so deutlich ist wie rechts, so wird doch bei längerer Berührung der heisse Gegenstand als schmerzhaft empfunden. Der Ortssinn zeigte sich bei Prüfung mit dem Sieveking'schen Tasterzirkel auf der Zunge linkerseits wesentlich gestört, am wenigsten an der Zungenspitze.

(Fortsetzung folgt.)

Aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Halle a. S.

Zur Lehre von den congenitalen Patellarluxationen.

Von Dr. *K. Appel,* Assistenten an der Klinik.

Gelegentlich der Aufnahme zweier congenitaler Kniescheibenluxationen in die hiesige Klinik wurde ich von meinem hochverehrten Chef, Herrn Prof. v. Bramann, angeregt, dieselben eingehender zu studiren, und fand beim Durchmustern der einschlägigen Literatur, dass die Zahl der veröffentlichten Fälle nur eine kleine ist, dass die objectiven, anatomischen Befunde merklich von einander abweichen, und dass über die Aetiologie dieser Luxation zwar die verschiedensten und kühnsten Hypothesen aufgestellt sind, dass aber keine derselben eine wirklich befriedigende Lösung gewährt.

Aus diesem Grunde erlaube ich mir, diese beiden Fälle sammt einigen Schlüssen, die ich bezüglich ihrer Aetiologie aus dem anatomischen Befunde ziehen konnte, zu veröffentlichen, letzteres in der Hoffnung, die bisher noch unerledigten, strittigen Fragen ihrer definitiven Aufklärung einige Schritte näher zu rücken.

Zunächst eine kurze historische Einleitung! Der erste Autor, welcher die Kniescheibenluxation überhaupt erwähnt, ist Galen in seinem Werk de fasciis, in welchem er einen Verband (testudo) angibt, um die nach Luxation reponirte Kniescheibe zurückzuhalten. Die erste genauere Beschreibung eines vom Autor selber gesehenen Falles liefert Andreas Vesal (Chirurgia magna in septem libros digesta, Venetiis 1568). Ihm folgten Petit, Lorenz, Nannoni, Boyer und andere. Sie erwähnen jedoch nur die Luxation flüchtig, ohne sich eingehender mit ihr zu beschäftigen. Erst im Jahre 1836 sammelte Malgaigne[1]) die Fälle, sichtete sie und beleuchtete sie kritisch. Später mehrten sich die Beobachtungen, so dass

[1]) Gaz. méd. de Par., 1836.

Streubel[2]) 120 Fälle aufzählen konnte, zu denen 2 weitere von ihm selber beobachtete kamen.

Von congenitalen Patellarluxationen hören wir erst in den 20 er und 30 er Jahren unseres Jahrhunderts, und zwar durch Paletta, Chelius, Wutzer, Michaelis. Malgaigne bezweifelt die Möglichkeit einer congenitalen Patellarluxation überhaupt. Singer[3]) beweist, dass jedenfalls die bisher veröffentlichten Fälle nicht in die Kategorie der angeborenen Luxationen fallen, liefert aber andererseits den ersten unum stösslichen Beweis ihres Vorkommens, indem er einen „unzweifelhaften Fall von angeborener, vollständiger Verrenkung beider Kniescheiben nach aussen, bei gutem Gebrauch der Gliedmassen" beschreibt. Zielewicz[4]) stellte die bis 1869 veröffentlichten Fälle zusammen. Es sind deren 13; 3 Luxationen nach oben, deren Congenitalität übrigens von ihm selber, und später auch von anderen Forschern bestritten ist, und 10 nach aussen. Sehen wir von ersteren als nicht einwandfrei ab und halten wir uns nur an die 2. Kategorie, an die congenitalen Luxationen nach aussen, so sind einzelne Fälle in neuerer Zeit von folgenden Autoren veröffentlicht worden: Canton (Lancet, London 1860), Cosma (Gaz. méd. d'Orient, Constantin. 1865/66), Prewitt (St. Louis Cour. Med. 1882), Golding-Bird (Brit. m. J. London 1884), Novitski (Dnevnik obsh. vrarh. g Kazani 1885). Shapleigh (Boston, M. u. S. 1881), Case (N. York M. J. 1885), König (Lehrbuch d. spec. Chir., III. Theil) erwähnt eine solche, ohne näher darauf einzugehen. Bessel-Hagen[5]) stellte am 13. Januar 1886 der Berliner med. Gesellschaft 2 Fälle congenitaler Patellarluxation nach aussen vor, die damals zusammen mit einem 3. in der kgl. chir. Klinik zu Berlin lagen. Aus dem Jahre 1889 stammt eine Veröffentlichung von Jahnicke.[6])

Von zusammenfassenden Arbeiten habe ich in neuerer Zeit 3 gefunden. 2 Dissertationen von Sehling[7]) und Ohrloff[8]), von denen ersterer den Zielewicz'schen Fällen 4 weitere, darunter einen von ihm selber beobachteten, letzterer 3 hinzufügt, von denen ebenfalls einer von ihm selber in der Maas'schen Klinik beobachtet wurde. Von diesen 3 möchte ich jedoch gleich von vornherein 2 ausscheiden, nämlich einen von South und einen von Wolcott beobachteten, da diese weder in den umfassenden Sammelwerken von Virchow-Hirsch, noch im Index catalogue of the Library of the Surgeon-Generals office zu finden sind. Die neueste Veröffentlichung rührt von Jens Schou[9]) her, von welcher im C.-Bl. f. Chir. (No. 45) ein Referat von Th. Rovsing (Kopenhagen) erschien.

In Summa wären dies (abgesehen von den Luxationen nach oben) 28 Fälle congenitaler Patellarluxation.

Ob alle diese wirklich in die Kategorie der angeborenen fallen, kann ich mit absoluter Sicherheit nicht angeben, da ich mehrere, weniger bekannte und gelesene Zeitschriften (Gaz. méd. d'Orient. Constantinopel. Dnenik obsh. vrarh. G Kazani. St. Louis Cour. Med.), trotz Bemühungen an mehreren Bibliotheken nicht einsehen konnte. Ich halte es jedenfalls für angebracht mit einem gewissen Skepticismus an diese Frage heranzutreten. So fand ich z. B., dass Golding-Bird die von ihm beobachtete einseitige Luxation als eine congenitale auffasst, obgleich dieselbe im Anschluss an einen Fall des Patienten zur Beobachtung kam. Ich möchte desswegen diese auch aus der Reihe der congenitalen streichen.

Die in der hiesigen Klinik beobachteten beiden Fälle sind folgende:

1) Pauline Schr., 40 Jahre alt, Arbeiterfrau aus Artern. Der Vater der Patientin soll von grosser Statur gewesen sein; ihre Mutter hat denselben gracilen, fast zwergenhaften Wuchs gehabt, den sie selber zeigt.

Ueber ihre früheste Jugend vermag sie keine näheren Angaben zu machen. Sicher weiss sie nur, dass sie spät laufen lernte. Später hatte sie jedoch nie über gröbere Functionsstörungen ihrer Beine zu klagen. Nie will sie eine Erkrankung der Kniegelenke durchgemacht oder auch nur Schmerzen in denselben verspürt haben. Ebenso weiss sie nichts von einem Trauma (Stoss oder Fall) anzugeben.

Nur am linken Kniegelenk erlitt sie 9 Wochen vor ihrer Aufnahme in unsere Klinik eine leichte Verletzung. Sie knickte nämlich damals beim Weizenernten auf dem Felde mit dem linken Bein um. Wegen der gleichzeitig im Kniegelenk auftretenden, heftigen, stechenden Schmerzen musste sie nach Hause getragen werden, wo sie 3 Wochen bettlägerig war. Als die alsbald sich einstellende starke Schwellung des Gelenkes unter Ruhe und kalten Umschlägen zurückgegangen war, und Patientin aufzustehen versuchte, machte sich eine Schwäche des erkrankten Beins störend bemerkar, die allmählich geringer wurde, jedoch nie völlig verschwand.

Sie ist eine kleine, gracil gebaute Frau von durchaus rhachitischem Habitus. Die Rippenknorpelansätze sind aufgetrieben, Ober- und hauptsächlich Unterschenkel sind verkrümmt, der Leib wölbt sich kugelig vor, die Symphyse hat Schnabelform.

Der Gang der Patientin auf ebener Erde ist ein normaler.

Betrachten wir zuerst das linke Bein, so hat dasselbe bei Rückenlage der Patientin geringe Genu valgum-Stellung, der Unterschenkel ist nach aussen rotirt, was übrigens beim Gehen durch eine compensatorische Rotation des Oberschenkels nach innen wieder ausgeglichen wird. Oberhalb des Planum epicondylicum externum[10]) sieht man einen ovalen, längsgestellten Körper unter der Haut liegen — die Patella (Fig. II, p), wie die Palpation ergibt. Dieselbe ist etwas

Fig. II.

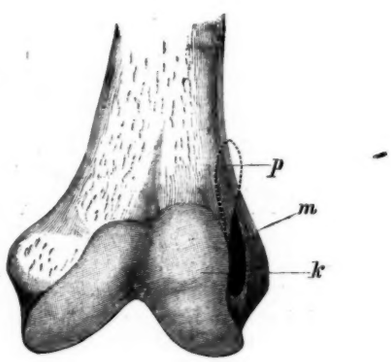
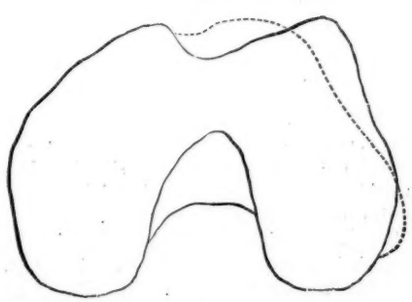


Fig. x.



kleiner und runder als normal, im Uebrigen von intacter, glatter Oberfläche. Bei erschlaffter Musculatur ist sie leicht von vorne nach hinten um ca. 3 cm und in geringerem Grade nach oben und unten verschieblich. Hierbei entstehen deutlich grobe Reibegeräusche. Bei angespannter Oberschenkelmusculatur wird sie fest fixirt, bei Beugung im Knie steigt sie scheinbar nach hinten und hauptsächlich nach unten.

Die Trochlea, der normale Sitz der Patella, ist deutlich abzupalpiren; ihr innerer Rand markirt sich als scharfe, allerdings hie und da etwas höckerige Leiste. Die normale, sattelförmige Einsenkung an ihrem oberen Rande ist jedoch nur als eine, kaum kleinfingerbreite, seichte Einziehung angedeutet. Dies bedingen Knochenwucherungen des Condylus externus femoris (Fig. II, k), durch welche die obere Hälfte des äusseren Trochlearandes wallartig emporgewölbt und verbreitert wird; nur die untere Hälfte desselben ist in normaler Schärfe erhalten. Lateralwärts von diesem so deformirten Trachlea-

---

2) Schmidt's Jahrbücher: Ueber den Mechanismus der Verrenkungen der Kniescheibe, 1866.

3) Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte zu Wien. 12. Jahrgang, 1856.

4) Ueber die congenitale Luxation der Patella. Berliner klin. Wochenschrift, 1869.

5) Deutsche med. Wochenschrift, 1886. S. 45.

6) Angeborene doppelseitige Patellar-Luxation. Breslauer Zeitschrift, No. 6. S. 69.

7) Dissertat. Wirzeburg. 1885.

8) Dissertat. Wirzeburg. 1886.

9) Ugeskrit for Laeger P 4, Bd. XXVIII, S. 457.

10) Bezeichnung nach H. v. Meyer, Versuche und Studien über die Luxation der Patella. Archiv für klin. Chirurgie, 1883.

rande zeigt der Cond. extern. femor. weiterhin insofern eine Abnormität, als derselbe nicht in der gewöhnlichen Configuration steil abfällt, sondern flacher, dachförmig seitlich ausläuft. Dies gibt auf Fig. x die punktirte Linie wieder (schematisch gezeichneter Horizontalschnitt durch die Mitte der Femur-Epicondylinia), während die vollausgezogene Linie die Conturen eines normalen von diesem Schnitt getroffenen Femurs zeigen. Nur dadurch erleidet diese dachförmige schiefe Ebene eine Unterbrechung, als lateralwärts und dicht neben der Knochenauftreibung (Fig. II, k) eine muldenförmige Aushöhlung (Fig. II, m) liegt, als Bett für die Patella bei Beugestellung des Kniegelenks. Der Condylus internus femoris ist vielleicht etwas verschmälert und verlängert, hat aber im Uebrigen normale Form. Die Hauptmasse des Triceps ist entsprechend der Lage der Patella nach aussen verschoben. Das Ligam. patellae inserirt etwas lateralwärts von der durch die Rotation des Unterschenkels schon abnorm weit nach aussen verlagerten Tub. tibiae. Die Gelenkkapsel ist etwas verdickt und spannt sich bei Contraction des M. quadriceps straff an. Ganz geringe Wackelbewegungen im Kniegelenk sind ausführbar; Beugung ist bis zum rechten möglich, darüber hinaus schmerzhaft. Streckung ist nicht beschränkt. Auf das gestreckte Bein kann sich Patientin sehr gut stützen, bei gebeugtem Knie hat sie das Gefühl von Schwäche, besonders wenn sie gleichzeitig den Oberkörper etwas nach hinten zurücklegt, wie z. B. beim Treppabsteigen, so dass sie hierbei sogar öfter zu Falle kommt.

Die rechte untere Extremität zeigt in Streckstellung keine seitliche Abknickung im Kniegelenk. Bei Beugung stellt sie sich in ganz geringe Genu-valgum-Stellung. Dies wird bedingt durch eine Lageveränderung der Patella. Bei völliger Streckung liegt dieselbe auf dem Condylus externus, so dass ihr innerer Rand ungefähr mit dem äusseren Rande der Trochlea abschneidet. Flectirt Patientin das Knie, so nimmt diese Dislocation bedeutend zu, indem die Patella anfänglich eine rein seitlich nach aussen, zum Schluss eine nach aussen und unten gerichtete Bewegung ausführt, so dass bei forcirter Flexion der äussere Patellarrand als scharfe, für das Auge deutlich sichtbare Leiste unter der Haut vorspringt und der zwischen Condylus externus und Patella in die Tiefe dringende Finger ca. 1/3 der letzteren umfassen kann. Bei diesem seitlichen Gleiten entsteht deutlich feines Schaben. Im Uebrigen hat die Patella ungefähr normale Form und Grösse; ihre äussere Fläche ist glatt.

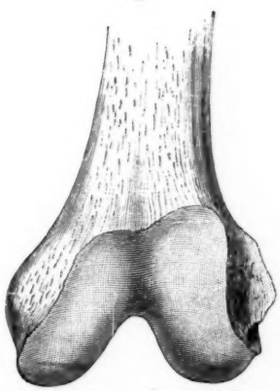
Der Unterschenkel ist nach aussen rotirt, was jedoch ebenso wie bei der linken Extremität durch eine Innenrotation des Oberschenkels beim Gehen compensirt wird.

Der Condylus externus kann nur schwer abgetastet werden, da er bei Streckstellung völlig, bei Beugestellung wenigstens zum Theil von der Patella gedeckt wird. Jedoch erscheint er abgeflacht. Der äussere Rand der nicht verstrichenen Trochlea ist stumpf, ihr innerer Rand als scharfe Leiste deutlich fühlbar. Sonstige gröbere Veränderungen am Gelenkapparat sind nicht nachweisbar.

Die Function der Extremität ist normal.

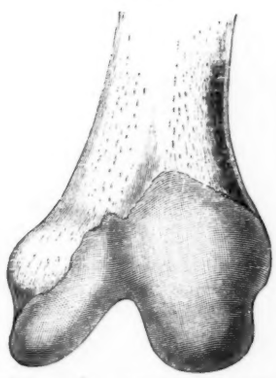
Fall II. Der zweite Patient, der sich wenige Wochen später der Klinik vorstellte, ist ein 26jähriger Zimmermann. Seine Eltern leben, sind normal gebaut, ebenso seine 7 Geschwister.

Fig. I.



Linke normale Femurepiphyse.

Fig. III.



Linke Femurepiphyse v. Schmidt.

Seine Mutter bemerkte bei ihm gleich nach der Geburt ein linksseitiges „Doppelknie". Jedoch wurde dasselbe ebenso functionsfähig wie das gesunde rechte, nachdem er im 3. Jahre laufen gelernt hatte. Erst später, als er 16 Jahre alt zu einem Zimmermann in die Lehre kam und gezwungen war, seinem Körper grössere Anstrengungen zuzumuthen, hatte er über ein Gefühl von Schwäche im linken Bein zu klagen, was sich besonders beim Tragen schwerer Lasten und beim Bergabsteigen bemerkbar machte.

Wir finden einen mittelgrossen Mann vor uns, von gracilem Knochenbau und schwach entwickelter Musculatur. Der Gang auf ebener Erde bietet keine Abnormität.

Bei Rückenlage zeigt das ausgestreckte linke Bein eine ganz geringe Genu valgum-Stellung, die jedoch bei Beugung im Kniegelenk schwindet. Der Unterschenkel ist stark nach aussen rotirt. Auf der Aussenfläche des Condylus externus liegt die ovaler und kleiner als normal geformte Patella. Bei Flexion im Kniegelenk steigt sie scheinbar nach unten und hinten, hierbei deutliche Crepitationsgeräusche verursachend.

Der Condylus internus ist verschmälert und verlängert. Die Trochlea hat in ihrem unteren Theile die normale Form behalten, — der Sulcus trochleae z. B. ist von dem untersuchenden Finger deutlich abzupalpiren. Der obere Theil (ca. 1/3) jedoch ist verstrichen, ausgefüllt von einer wallartig sich erhebenden Knochenmasse, welche dem deformirten Condylus externus angehört. Es macht den Eindruck, als ob derselbe als weiche Masse durch eine von aussen einwirkende Kraft nach innen und oben gepresst wäre. Jedenfalls besteht wiederum jene Transformation des Condylus externus, wie sie die punctirte Linie auf der schematischen Figur x ungefähr wiedergibt.

Flexion und Extension im Kniegelenk ist nicht beschränkt, der Bänderapparat intact.

Das rechte Bein zeigt keinerlei krankhafte Veränderungen.

Dieses die thatsächlichen Befunde. Ziehen wir aus ihnen unsere Schlüsse!

Worauf ich das Hauptaugenmerk des Lesers richten möchte, ist folgendes: Bei beiden Patienten finden wir am erkrankten Kniegelenk eine Deformirung des Condylus externus femoris, einschliesslich der auf ihm liegenden Trochleahälfte, dergestalt, dass

1) der äussere Trochlearand seine normale, leistenförmige Configuration verloren hat,

2) der Condylus in toto auf seiner Aussenfläche dachförmig abgeflacht erscheint, und hierdurch

3) der dem Condylus externus angehörige Theil der Trochlea verschmälert, die Trochlea selber theilweise (im oberen Abschnitt) verstrichen ist.

Diese 3 Punkte sind von besonderer Wichtigkeit, da auf ihnen unsere Theorie von der Aetiologie dieser Luxation sich aufbauen soll.

Singer führt als Beweis für die Congenitalität des von ihm beobachteten Falles an „den Mangel jeder Deformität in der Gestalt der Knorren". (S. 319 s. Abhandl.)

Ich behaupte im Gegensatz hierzu: In den meisten Fällen von congenitaler Patellarluxation wird sich eine Deformität des Condylus externus femoris nachweisen lassen. Dafür sprechen nicht allein unsere Fälle, sondern auch sehr viele von den vorher kurz erwähnten.

(Schluss folgt.)

Epidermisabstossung am ganzen Körper.

Von Med.-Rath *Tuppert* in Wunsiedel.

Eine eigenthümliche Abstossung der Epidermis des ganzen Körpers, eine krankhafte Mauserung möchte ich sie nennen, fand ich bei einem sonst gesunden und von gesunder Familie abstammenden Schmied F. W. zu Engelhaus nächst Carlsbad, gegenwärtig 38 Jahre alt.

In seinem 18. Lebensjahre überstand er eine Pneumonie, von welcher er sich rasch erholte. Einige Wochen nachher überfiel ihn ein mehrtägiges Kältegefühl, welches sich bis zum Schüttelfrost steigerte und am dritten Tage in Fieberhitze überging, wobei die Cutis über den ganzen Körper sich leicht röthete und unter gelinden brennenden Schmerzen etwas anschwoll. Am 5. Tage nach Beginn der Krankheit begann die Epidermisabstossung gleichmässig und ohne Jucken über den ganzen Körper und war solche binnen zweier Tage vollendet, wonach sofort eine normale Cutis mit Epidermisüberzug zum Vorschein kam.

Dieser Mauserungsprocess wiederholte sich in den folgenden 7 Jahren 9 mal und zwar in der letzten Hälfte des 7. Jahres 5 mal binnen 6 Wochen. Am 7. August 1884 untersuchte ich W. zum ersten Mal und zwar bald nach dem letzten Anfall. W. bot das Bild eines gesunden Mannes mit gut entwickelter Musculatur und reichlichem subcutanen Fettpolster. Alle inneren Organe, speciell Lunge und Herz, liessen nichts Abnormes wahrnehmen. Da W. angab, dass sich bei jedem Anfalle ein lästiger Drang zum Uriniren einstelle und dass schon einige Mal Schleim und Eiter dem Urin beigemengt war, so untersuchte ich den letzteren und fand ihn frei von fremden Bestandtheilen, namentlich von Zucker und Eiweiss.

Ueberrascht und fast zum Lachen gezwungen wurde ich, als W. nach Erörterung seiner Krankengeschichte eine mitgebrachte Schachtel öffnete und mir das getreue Modell eines seiner Füsse und einer Hand überreichte. Am Fusse bildete die abgestossene Epidermis bis nahe an die Knöchel ein Ganzes. Nur über dem Fussgelenke und auf dem

Fussrücken fanden sich Einrisse, welche beim Abstreifen der Hülse entstanden waren. An der Stelle der Zehennägel fanden sich rundliche Oeffnungen, da die Abschuppung nur bis an den Falz des Nagelbettes reichte, die Nägel selbst aber nicht betheiligt wurden. Ein Gleiches war auch bei der Hand der Fall. Die innere Handfläche mit den Fingern löste sich in einer zusammenhängenden Fläche ab, die äussere dagegen in Fetzen. Am übrigen Körper wurde die Epidermis in grösseren und kleineren Stücken abgestreift, auf dem behaarten Theil des Kopfes fand nur Schuppenbildung statt mit theilweisem Ausfall der Haare, welche jedoch sehr bald nachwuchsen. Auch die Zunge scheint bei dem Mauserungsprocesse betheiligt zu sein, da W. angab, dass dieselbe dabei hochroth aussehe, glatt und glänzend sei.

Da sich keine Indication zur Beseitigung des Leidens finden liess, W. aber die beste Gelegenheit hatte, meinen Rath zu befolgen, so empfahl ich ihm den Gebrauch der Sprudelbäder in Carlsbad und auch die dortige Trinkcur. Dabei möge er sich längere Zeit vom Schmiedehandwerk fern halten wegen der unvermeidlichen Einwirkung schädlicher Hitze und Kälte auf die Haut.

Die Anfälle blieben dann auch wirklich 6 Jahre weg, kehrten aber von 1890 an alljährlich bald im Sommer, bald im Winter, im Frühjahr und Herbst einmal wieder. Die Jahreszeit hat also keinen Einfluss auf die Entstehung des Leidens. Der letzte Anfall begann am 10. April 1895 und vor einigen Tagen untersuchte ich W. wiederum.

Feuilleton.

Kritische Bemerkungen zu dem Berichte des Herrn Prof. Dr. Gaffky über Hamburgs Cholera-Epidemie im Jahre 1892.

Von Dr. *F. Wolter*, prakt. Arzt in Hamburg.

Die wissenschaftliche Bearbeitung der Cholera-Epidemie Hamburgs im Jahre 1892 wurde bereits im September desselben Jahres seitens der Reichs-Cholera-Commission in die Wege geleitet. Mit derselben wurde Herr Prof. Gaffky in Giessen betraut, welcher zugleich dem ehrenvollen Rufe folgte, sich den Hamburgischen Behörden als Berather in hygienischen Fragen und zur Leitung bakteriologischer Untersuchungen zur Verfügung zu stellen, und in der Zeit vom September 1892 bis Januar 1893 also Gelegenheit hatte, den Verlauf der Epidemie und die Wirksamkeit der Bekämpfungsmaassnahmen resp. sonstiger den Verlauf bestimmender Factoren an Ort und Stelle zu beobachten.

Das jetzt vorliegende Werk, in welchem sich Herr Prof. Gaffky seiner schwierigen Aufgabe entledigt hat, ist insofern von einem ausserordentlichen Interesse, als den Vertretern der zur Zeit in der Choleraforschung vorherrschenden bakteriologischen Richtung hier Gelegenheit gegeben war, an dem Beispiel eines verhältnissmässig leicht zu übersehenden grossen städtischen Gemeinwesens zu zeigen, wie sich ihre aus den Laboratoriums-Experimenten erschlossenen Hypothesen mit den epidemiologischen Thatsachen in Einklang bringen lassen. Die Gelegenheit war eine um so günstigere, als die Bearbeitung einem Hauptvertreter dieser Richtung übertragen war und als Herrn Prof. Gaffky die weitgehendste amtliche Unterstützung durch bewährte ärztliche Mitarbeiter, mit den Hamburgischen Verhältnissen auf's Engste vertraute technische Fachleute und durch eine den ärztlichen Fragen das regste Interesse und Verständniss entgegenbringende Statistik zu Theil wurde.

Wenn man daran geht, ein solches Werk im Kreise von Fachgenossen zu besprechen, so hat das zu geschehen unter genauester Berücksichtigung dessen, was die epidemiologische Choleraforschung in der Arbeit beinahe eines Jahrhunderts über die Entstehungsbedingungen und die Verbreitungsart der Cholera festgestellt hat, und man hat dabei auch die Erfahrungsthatsachen der früheren Cholera-Epidemien Hamburgs nicht ausser Acht zu lassen, da sie eine Reihe wichtiger Vergleichspunkte bieten. Nur so darf man ja hoffen, zu einem Urtheil darüber zu gelangen, inwieweit es gelungen ist, alle diejenigen Factoren, welche bei jenem elementaren Ereigniss zusammengewirkt haben, gegen einander abzuwägen und jedem die ihm gebührende Rolle zuzuweisen.

Zu welchem Resultate auch immer eine solche Betrachtung gelangen mag: das Eine muss von vornherein als ausserhalb aller Discussion stehend erachtet werden, dass nämlich die staatlichen Behörden Hamburgs und des Reiches und die sie berathenden Medicinalbehörden gegenüber der ausserordentlichen Gefahr und der ungeheuren Verantwortlichkeit nicht anders konnten, als die zur Zeit in der Choleraforschung vorherrschende bakteriologische Auffassung zu der ihrigen zu machen und sie zur Richtschnur der Bekämpfungsmaassnahmen zu nehmen.

Eine andere Frage von zunächst rein wissenschaftlichem Interesse ist es aber, inwieweit die von dem gegebenen bakteriologischen Standpunkte aus getroffenen Maassnahmen den zeitlichen Verlauf und die Intensität der Epidemie nachweislich beeinflusst haben. Die wissenschaftliche Beantwortung dieser Frage gehört zu den schwierigsten Aufgaben, welche der wissenschaftlichen Arbeit unserer Zeit gestellt sind; zugleich aber hat es ein ausserordentliches Interesse, zu untersuchen, inwieweit die Thatsachen des Verlaufes der Epidemie die Richtigkeit der zur Zeit in der Choleraforschung vorherrschenden bakteriologischen Auffassung bestätigen oder in Frage stellen.

Im Mittelpunkte der Gaffky'schen Arbeit steht die Erörterung über den Einfluss der Wasserversorgung. Nach Gaffky ist das mit Krankheitskeimen inficirte Leitungswasser für die Entstehung und für den Umfang der Epidemie in erster Linie entscheidend gewesen. Indessen ist Prof. Gaffky doch „geneigt, anzunehmen, dass schon von einem verhältnissmässig frühen Zeitpunkte, vielleicht schon von der ersten Septemberwoche an, nur noch ein geringer Bruchtheil der Erkrankungen dem Wasser der städtischen Leitung zur Last zu legen ist, und dass die von dieser Zeit ab vorgekommenen Fälle wesentlich auf anderweitige, directe und indirecte, Uebertragungen zurückzuführen sind". (S. 62. Gaffky.) Dieser Ansicht liegt die Anschauung zu Grunde, dass das Epidemisiren der Seuche dadurch veranlasst sei, dass die Krankheitsursache mit dem Leitungswasser gewissermaassen von einem Punkte aus über das ganze Gebiet der städtischen Wasserversorgung verstreut sei. Zur Stütze dieser Ansicht weist Prof. Gaffky zunächst auf den explosionsartigen Charakter der Epidemie hin. Indessen stellt er selbst fest, dass die Infection der ersten Cholerafälle in der Zeit zwischen dem 10. und 15. August erfolgt sei. Der Anstieg der Erkrankungsfälle zum Höhepunkte der Epidemie am 27. August hat sich also, wenn wir mit Herrn Prof. Gaffky die ersten Infectionen etwa vom 13. August an rechnen, in 15 Tagen vollzogen. Es wird also durch diese Feststellungen die Ansicht von einem explosionsartigen Ausbruche einigermaassen berichtigt; dieselbe fand in jenen unheilschwangeren Augusttagen des Jahres 1892, und auch noch später, überall Glauben, weil nach der amtlichen Erklärung von dem Bestehen der Epidemie am 22. August die tägliche Erkrankungszahl schon 5 Tage später am 27. August ihren Höhepunkt mit 1024 Fällen erreichte.

In Wirklichkeit aber hat die Seuche in der Zeit vom 13. bis 27. resp. 30. August mit jener Gleichmässigkeit, welche ihrem Auftreten überall eigen ist, zugenommen, Ende der zweiten, resp. Anfang der dritten Woche ihren Höhepunkt erreicht und dann in ca. 8 Wochen, also viermal langsamer als der Anstieg abgenommen: ganz genau in der Art und Weise, in welcher sich nach den Feststellungen der epidemiologischen Choleraforschung (Griesinger, § 443) der Verlauf der Seuche in grossen Städten zu gestalten pflegt. Auch das Auftreten einer geringeren Zahl von Erkrankungsfällen (64) in den Wintermonaten bis zum definitiven Erlöschen im Februar hat sich in den Jahren 1831, 1832, 1848, 1849, 1850 in Hamburg in ganz ähnlicher Weise vollzogen. Diese epidemiologischen Thatsachen würden selbst dann ihre Bedeutung behalten und gegen die Ansicht, welche das Epidemisiren der Seuche auf die Ausstreuung des Cholerakeimes mit dem Leitungswasser zurückführt, sprechen, wenn es gelungen wäre, die Choleravibrionen im Wasser der Elbe oder der Leitung nachzuweisen. Dies ist aber trotz der grössten Anstrengungen, wie auch Prof. Gaffky zugibt, bekanntlich nicht gelungen. (Gaffky, S. 35.)

Dagegen ist der zeitliche Verlauf der Choleraepidemie Hamburgs im Jahre 1892 ein neuer Beweis für die Annahme der Epidemiologen, dass bei uns, wie in Indien, ein jahreszeitlicher Einfluss auf die Cholerabewegung deutlich zu erkennen ist. Herr Geheimrath von Pettenkofer hat bekanntlich bezüglich der Cholerafrequenz in der preussischen Monarchie in den Jahren 1848—1859 festgestellt, dass, „wenn man die in Preussen in der ersten Hälfte des April vorgekommenen Choleratodesfälle als 1 nimmt, ihre Zahl mit einer schrecklichen Regelmässigkeit bis zur ersten Hälfte des September auf das 620fache steigt, und dann wieder mit der gleichen Regelmässigkeit von 15 zu 15 Tagen abnimmt, bis sie in der zweiten Hälfte des März wieder bei 1,1 anlangt". So ist auch, wie die Betrachtung des Verlaufes der früheren Choleraepidemien Hamburgs zeigt, die Cholera in Hamburg stets mit einer gewissen jahreszeitlichen Regelmässigkeit aufgetreten, welche sich auch im Jahre 1892 wieder findet:

Die Mehrzahl der Hamburger Epidemien zeigt einen allmählichen Anfang im Juni, eine grössere Zunahme im Juli, eine epidemische Ausbreitung im August und September, ein allmähliches Abklingen im October und November und ein Erlöschen mit einzelnen Fällen im December und Januar. Im Allgemeinen erscheint Hamburg mehr zu Sommer-Epidemien disponirt, ohne dass es gegen Frühjahrs- und Herbst-Epidemien etwa absolut geschützt wäre. Nur eine Winter-Epidemie ist in Hamburg bisher nicht beobachtet worden.

Der Verlauf der Hamburger Epidemien zieht sich am meisten in die Länge, wenn ihr Beginn in den Frühling fällt, und ist am kürzesten, wenn sie im Herbst ihren Anfang nehmen. Ebenso vollzieht sich der Anstieg der Erkrankungszahl zur Akme im Frühling und Vorsommer erheblich langsamer als im Spätsommer und Herbst, wo er sehr viel steiler ist, was bei den Erklärungsversuchen in Betreff des Anstiegs der Epidemie des Jahres 1892 sehr wohl zu berücksichtigen ist.

Wie die Epidemie des Jahres 1892 trotz allem, was sich gegen das Leitungswasser sagen lässt, und trotz allem, was nach Vorschrift der berufensten Bakteriologen gegen seine Benutzung geschehen ist, genau denselben zeitlichen Verlauf genommen hat, so hat sie auch ungefähr dieselbe Intensität erreicht wie frühere Hamburger Choleraepidemien, wo eine centrale Wasserversorgung der ganzen Stadt noch nicht in Betracht kommt, und wo man dem Einflusse des Wassers noch keine Aufmerksamkeit schenkte. Sehr bemerkenswerth ist z. B. doch, dass die Sterblichkeit im Jahre 1892 ungefähr die

gleiche Höhe (13,44 pro mille) wie in den Jahren 1832 (11,29 pro mille) und 1848 (10,59 pro mille) erreicht hat.

Prof. Gaffky stützt seine Ansicht von dem entscheidenden Einflusse der Wasserversorgung besonders auf das auffallende Verschontsein der mit filtrirtem Wasser versorgten Nachbarstadt Altona, wie es besonders in den Grenzbezirken beider Städte hervortritt (S. 33 ff.). Dem Berichte ist eine Karte des Hamburg-Altonaer Grenzgebietes beigefügt, auf welcher Herr Stabsarzt Dr. Schumburg alle Choleraerkrankungen und -Todesfälle eingetragen hat, welche sich hüben und drüben innerhalb eines 400 m breiten Grenzstreifens ereignet haben. Diese Karte hat auf den ersten Blick etwas ausserordentlich Frappirendes, indessen gibt sie die Verhältnisse offenbar insofern nicht genau wieder, als bei einer solchen Darstellung das Verhältniss der Cholerafälle zur Bevölkerungszahl der einzelnen Strassenzüge, die man miteinander vergleicht, keine Berücksichtigung findet. Bezüglich der Wohndichtigkeit bestehen aber gerade in den fraglichen Strassenzügen erhebliche und für die beiden Städte sehr charakteristische Unterschiede: auf der Altonaer Seite Strassen mit 1—2stöckigen Häusern, die vielfach nur Raum für eine Familie gewähren; auf der Hamburger Seite Strassenzüge mit 3—4stöckigen Häusern, Hintergebäuden und Terrassen, in denen zahlreiche Familien dicht zusammengedrängt wohnen. Wir haben noch darauf zurückzukommen, welchen Einfluss die Wohndichtigkeit auch in Hamburg selbst auf die Häufung der Erkrankungsfälle nachweislich gehabt hat.

Aber ganz abgesehen davon, ist es als eine durch den Verlauf aller früheren Choleraepidemien erwiesene Thatsache zu erachten, dass sich die Seuche in Altona noch nie zu einer so schweren Epidemie entwickelt hat, wie die sonst unter denselben zeitlichen und klimatischen Verhältnissen lebende Nachbarstadt Hamburg sie wiederholt erlebt hat; Altona hat sich stets in erheblichem Maasse verschont gezeigt, wie aus nachstehender Tabelle hervorgeht, in welcher die Altonaer Epidemien, über welche wir nähere Nachrichten besitzen, mit der Hamburger Cholerafrequenz verglichen sind.

Die Cholera in Altona im Verhältniss zu ihrem Auftreten in Hamburg in den Jahren 1831, 1866, 1867, 1871 und 1873.

Jahr	Einwohnerzahl	Erkrankungen		Todesfälle		Dauer der Epidemien	
		absol. Zahl	per Mille	absol. Zahl	per Mille	Erster Fall	Letzter Fall
1831							
Hamburg	145363	937	6,4	498	3,4	5.Oct. 1831	2. Febr.1832
Altona	25—30000	23	ca.1,2	ca. 15	ca.0,5	14.Oct. 1831	6. Nov. 1831
1866							
Hamburg	214174	2254	10,5	1158	5,4	30.Juni1866	22.Oct. 1866
Altona	ca. 60000	132	2,2	82	1,4	19. Juli bis October 1866	
1867						Von Juli bis November	
Hamburg	221160			15		(besonders Aug. u. Nov.)	
Altona	67350	59	0,9	44	0,7	6. Nov. 1867	25. Dec.1867
1871							
Hamburg	325232	171	0,5	101	0,31	1. August	24. Sept.
Altona	74102			105	ca.1,5	3. August	Mitte Sept.
1873							
Hamburg	348127	1729	4,7	1005	2,7	14. Juni	8. Nov.
Altona	ca. 80000	145	1,7	102	1,2	16. Juli	24. Dec.

Anmerkung. Diese Tabelle ist dem „Rückblick auf Hamburgs frühere Choleraepidemien“ von Dr. F. Wolter, Hamburg 1894, Verlag der A. G. „Neue Börsenhalle“ entnommen.

Wir werden noch darauf zurückzukommen haben, dass, wie das Auftreten der Cholera, so auch das Auftreten des Typhus in beiden Städten durch eine bestimmte unterschiedliche Eigenart charakterisirt ist.

Es scheint das relative Verschontsein Altona's hinsichtlich der Cholera darauf hinzuweisen, dass bei der höheren Lage der Stadt und der geringeren Bodenfeuchtigkeit die klimatischen Factoren, welche den Gang der Epidemien bestimmen, in Altona nicht in demselben Maasse zu örtlicher Einwirkung kommen können wie in Hamburg. Dass das Wasser als Trinkwasser in dieser Beziehung nicht die entscheidende Rolle spielen kann, geht schon daraus hervor, dass wir ganz dasselbe Verhältniss im Befallensein der beiden Städte wie im Jahre 1892 schon im Jahre 1831 finden, wo Altona noch nicht mit filtrirtem Wasser versorgt war und wo für Hamburg noch keine centrale Wasserversorgung in Betracht kommt; ja schon damals zeigte die Altona unmittelbar benachbarte Vorstadt St. Pauli im Vergleiche zu Altona ganz auffallend viele Erkrankungsfälle. Hamburgs Sterblichkeitsziffer betrug damals 3,4 pro mille, diejenige Altonas ca. 0,5 pro mille; Hamburg zeigte sich also schon damals 6—7 mal stärker befallen als Altona, ganz ähnlich wie im Jahre 1892, wo Hamburg 13,44 pro mille und Altona 2,13 pro mille Mortalität hatte.

Weist nicht schon die auffallende Uebereinstimmung dieser Zahlen darauf hin, dass die Factoren, von deren örtlicher Einwirkung das epidemische Erkranken an Cholera und die verschiedene Frequenz in den beiden Städten abhängig ist, constanter sein müssen, als es die Wasserversorgung notorisch war?

Als solche Factoren, welche beim Auftreten eines epidemischen Erkrankens an Cholera die Hauptrolle spielen, ziehen die Vertreter der epidemiologischen Richtung in der Choleraforschung bekanntlich klimatische, zeitliche und örtliche Verhältnisse in erster Linie in Betracht, während nach ihrer Ansicht das Wasser mit Rücksicht auf seine Verunreinigungen nur als Hilfsursache neben jenen entscheidenden Factoren in Betracht kommt. In dieser Beziehung ist es nun von ausserordentlichem Interesse, dass wir dieselben klimatischen, zeitlichen und örtlichen Factoren, von welchen sich der Verlauf aller früheren Cholera-Epidemien Hamburgs abhängig zeigte, im Jahre 1892 wieder in solchem Zusammenwirken finden, wie es die epidemiologische Choleraforschung in der Arbeit beinahe eines Jahrhunderts als nothwendig zur Entstehung einer Epidemie festgestellt hat.

Der meteorologische Charakter des Jahres 1892 war, worauf schon die sehr beträchtliche Grösse der Veränderungen des Grundwasserstandes hindeutet, ein solcher, wie er die Zeiten eines epidemischen Erkrankens an Cholera notorisch auszuzeichnen pflegt: ungewöhnlich geringe Niederschlagsmengen, beträchtliche Verminderung der Luftfeuchtigkeit vom Anfang des Jahres bis zum zweiten Drittel des August, ungewöhnlich grosses Verdunstungsbestreben der Luft: daraus resultirend eine besonders starke Austrocknung der oberen Bodenschichten, starkes Sinken des Grundwassers und Fehlen eines Wiederansteigens desselben im Sommer: das Alles für die Choleraentstehung in Hamburg besonders bedeutsam wegen der in Folge der natürlichen Lage der Stadt erheblichen Durchfeuchtung des mit organischen Ueberresten erfüllten Bodens.

Nach alledem ist es verständlich, dass die Anhänger der epidemiologischen Richtung in der Cholera-Forschung auch nach dem Erscheinen des vorliegenden amtlichen Berichtes über die Hamburger Epidemie des Jahres 1892 sich die zum Entstehen eines epidemischen Erkrankens an Cholera zusammenwirkenden Verhältnisse nicht so einfach zu denken vermögen, wie sie durch die Annahme einer Infection der Wasserleitung zu denken wären.

Dabei wird natürlich von den Vertretern der epidemiologischen Richtung zugegeben, dass der Genuss eines so verunreinigten Trinkwassers, wie es das Hamburger Leitungswasser im Jahre 1892 war, zur Zeit einer Cholera-Epidemie in manchen Fällen zu einer Hilfsursache der Choleraerkrankung werden kann, wie manche Speisen, wie Vieles, was Diarrhoe macht, wie dunstförmige putride Stoffe, u. s. w.

Auf die Wichtigkeit eines möglichst reinen Trink- und Gebrauch-Wassers ist von den Vertretern der epidemiologischen Richtung in der Choleraforschung sogar stets mit ganz besonderem Nachdruck hingewiesen worden, und unter ihren sanitären Vorbeugungsmaassnahmen hat diese Forderung stets an erster Stelle gestanden, nur dass man die entscheidende Rolle beim Entstehen eines epidemischen Erkrankens an Cholera anderen Factoren zuschreibt.

Herr Geh.-Rath v. Pettenkofer, welcher bei seinen epidemiologischen Cholerastudien dem Einflusse des Trinkwassers eine besondere Aufmerksamkeit geschenkt hat, steht auch heute noch auf dem Standpunkte, welchen er in seiner Bearbeitung der Münchener Epidemie des Jahres 1854 einnahm und in folgenden Worten präcisirt hat[1]): „Ich halte es für erwiesen, dass im Trinkwasser kein ursächliches Moment für die Cholera gesucht werden könne. Damit will ich aber nicht ausgesprochen haben, dass es bei einer Cholera-Epidemie gleichgültig ist, ob die Bevölkerung gutes oder schlechtes Wasser zu trinken habe; im Gegentheil halte ich schlechtes Wasser immer und ebenso verderblich, als schlechte Nahrung anderer Art. Dass aber eine heftige Cholera-Epidemie sich beim besten Trinkwasser und unabhängig von verschiedener Lage und Beschaffenheit der Quellen entwickeln kann, davon hat München (1854) einen traurigen, aber schlagenden Beweis geliefert.“

„Von diesem Standpunkte“, schreibt Herr Geh.-Rath v. Pettenkofer im Jahre 1887 in seinem umfassenden Werke: „Zum gegenwärtigen Stand der Cholerafrage“ (S. 184) „konnten mich auch zahlreiche spätere Erfahrungen von mir und Andern nicht wegbringen; ich bin aber, trotzdem ich nicht an eine Cholera- oder Typhoidinfection durch Trinkwasser glaube, stets ein Trinkwasserfanatiker geblieben, der reines, wohlschmeckendes Wasser, das Reichen und Armen reichlich zu Gebote steht, für ein viel höheres, gesundheitswirthschaftliches Gut hält, als gutes Bier und guten Wein und Kaffee.“

Es mag dahingestellt bleiben, ob in solcher Weise die notorische Verunreinigung des Hamburger Leitungswassers zur Zeit des Ausbruchs der Epidemie zur Erklärung jenes Untersuchungsergebnisses heranzuziehen ist, zu welchem Herr Physicus Dr. Deneke gekommen ist, indem er bezüglich des Verhaltens der Cholera in den Grenzbezirken der Stadtwasserkunst feststellte, dass die Bewohner derjenigen Grundstücke, welche mit Leitungswasser versorgt waren, ca. 3mal so stark von der Seuche befallen waren, als die ausschliesslich mit Brunnenwasser versorgten, und dass diejenigen mit gemischter Wasserversorgung in der Mitte stehen. Bei den Schlussfolgerungen aus diesem Untersuchungsergebniss erscheint nämlich eine gewisse Vorsicht geboten, weil die Procentsätze aus ausserordentlich ungleichen Zahlen gewonnen sind[2]): 146623 Einwohnern mit Leitungswasserversorgung stehen nur 10676 mit gemischter und 11008 Einwohner

[1]) M. v. Pettenkofer, Zum gegenwärtigen Stand der Cholerafrage. S. 184.

[2]) S. Gaffky, S. 56 ff.

mit Brunnenwasserversorgung gegenüber; im Billwärder Ausschlag kommen neben 25141 Einwohnern mit Leitungswasserversorgung nur 449 mit gemischter und nur 91 mit Brunnenwasserversorgung in Betracht; im Vororte Eilbeck neben 18978 nur 587 resp. 45; in Eimsbüttel stehen 47279 Einwohnern mit Leitungswasserversorgung nur 603 mit gemischter Wasserversorgung gegenüber, während Brunnenwasserversorgung überhaupt nicht in Betracht kommt. Es ist auch zu berücksichtigen, dass die einer Brunnenwasserversorgung oder gemischter Wasserversorgung sich erfreuenden Grundstücke mehr ländlichen Charakter haben, und sich in mancher anderen Beziehung noch, besonders was Wohlhabenheit der Bewohner und Dichtigkeit des Bewohntseins betrifft, vor den mit Leitungswasser versorgten, städtisch dicht bebauten Complexen auszeichnen; jedenfalls ergibt sich, wenn man bei Betrachtung der Karten, welche diese Grenzgebiete der städtischen Wasserversorgung illustriren, sich die Bevölkerungsverhältnisse vergegenwärtigt, dass viel mehr als die Verschiedenheit der Wasserversorgung die Unterschiede in der Wohlhabenheit der Bewohner und das dichte Zusammenwohnen von Angehörigen der weniger bemittelten Stände in den in allen Vororten errichteten Massenquartieren die Häufigkeit der Erkrankungsfälle bedingt haben dürften.

Von Interesse ist in Bezug auf die Wasserversorgung noch das Verhalten der Cholera in den Anstalten und Stiften. Prof. Gaffky legt ein besonderes Gewicht darauf, dass in den Anstalten, in denen der Genuss von Leitungswasser ausgeschlossen war, unter nahezu 3200 Insassen kein Cholerafall vorgekommen ist, während in den mit Leitungswasser versorgten Anstalten von nahezu 13300 Insassen ca. 2,5 Proc. erkrankt und ca. 1 Proc. gestorben sind. Demgegenüber ist zunächst darauf hinzuweisen, dass, wenn man die Zahlen etwas anders gruppirt, sich aus den Zusammenstellungen des Herrn Dr. Schmalfuss (Anlage III, S. 51ff.) auch ergibt, dass in 16 Anstalten, welche mit Leitungswasser versorgt waren, unter 1558 Insassen ebenfalls kein Cholerafall vorgekommen ist.

Es sind folgende Anstalten:

No. 6	Waisenhaus . . .	507	No. 21	Paulsenstift . .	10
„ 7	Taubstummen-Anstalten	69	„ 22	Apollonia Maria-Stift	63
„ 8	Paulinenstift . . .	23	„ 23	Lazar. Gompelstift	137
„ 9	Magdalenenstift .	30	„ 24	Hertz Joseph Levy-Stiftwohnungen .	54
„ 16	Schröderstift . . .	260	„ 25	Matthiasstift . .	25
„ 17	Seefahrer-Armenhaus	20	„ 45	Freimaurer-Krankenhaus	92
„ 18	Heyne-Asyl . . .	56	„ 46	Vereinshospital .	116
„ 19	Hartwig Hesse-Wittwenstift . . .	53		Insassen	1558
„ 20	Hartwig Hesse-Stiftwohnungen .	43			

Ferner ist zu beachten, dass unter den mit Leitungswasser versorgten Anstalten alle unsere Krankenanstalten figuriren, wo doch mancherlei anderweitige Gelegenheit zur Erkrankung in Betracht kommt, und dass unter den Anstalten mit Leitungswasser sehr viele sind, welche einen häufigen Wechsel der Insassen, resp. regen Verkehr der Insassen mit der Stadt hatten, so dass hier ebenfalls auch andere Möglichkeiten der Infection in Frage kommen. Bei den Anstalten dagegen, wo das Leitungswasser ausgeschlossen war, ist mit einer einzigen Ausnahme (Oberaltenstift) besonders vermerkt, dass sie einen geringen Wechsel der Insassen und keinen oder geringen Verkehr der Insassen mit der Stadt hatten.

(Schluss folgt.)

Referate und Bücheranzeigen.

Dr. **Ernst Ziegler,** Professor der allg. Path. u. pathol. Anatomie: **Lehrbuch der allgemeinen und speciellen pathologischen Anatomie für Aerzte und Studirende.** Achte, neu bearbeitete Auflage. I. Band: Allgemeine Pathologie. Mit 458 theils schwarzen, theils farbigen Abbildungen. Jena, G. Fischer, 1895.

Der erste Band der 8. Auflage des bekannten Lehrbuches von Ziegler zeichnet sich wiederum durch eine Reihe von Ergänzungen und Erweiterungen aus; neben eingefügten neuen Capiteln sind ganze Abschnitte theils umgearbeitet, theils neu geschrieben. Indem der Verfasser die allgemeine Aetiologie und pathologische Physiologie eingehender als in den früheren Auflagen behandelt, erscheint es wohl berechtigt, den vorliegenden ersten Band nicht mehr als „Allgemeine pathologische Anatomie", sondern als „Allgemeine Pathologie" zu bezeichnen.

Unter den Abschnitten, die durchgreifende Veränderungen und theilweise vollständige Neugestaltung erfahren haben, nennen wir namentlich jenen, der die Lehre von den Ursachen, von der Entstehung und dem Verlaufe der Krankheiten behandelt, ferner das Capitel über Entzündung. Die Ergebnisse der neueren Forschung finden sich durchweg gebührend berücksichtigt; die Zahl der Abbildungen hat sich um 72 vermehrt; der Umfang des Bandes ist in Folge der vielfachen Ergänzungen und Verbesserungen allerdings etwas gewachsen.

Für das Verständniss der pathologischen Processe wird immer die allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie die wichtigste Grundlage bilden. Die Therapie als Endzweck der medicinischen Wissenschaft hängt wesentlich von der Diagnose ab und so wird trotz aller Opposition, die da und dort in den letzten Jahren laut geworden, nach dem beherzigungswerthen Ausspruche eines Klinikers (Neusser) „auch noch heutzutage die pathologische Anatomie die Lehrmeisterin der diagnostischen Kunst und die Richterin der Schlüsse am Krankenbett bleiben, welche auch das Verhalten des Arztes rechtfertigt und die Grenze seines therapeutischen Könnens auf das richtige Maass reducirt".

Wir wünschen dem ausgezeichneten Werke, welches Dank der unermüdlichen Arbeit des Verfassers fortwährend auf der Höhe der Wissenschaft steht und in jeder Auflage nach Form, Inhalt und Ausstattung Verbesserungen bringt, auch in dem neuen Gewande und mit dem geänderten Titel die verdiente Anerkennung und weiteste Verbreitung.

O. Bollinger-München.

Neueste Journalliteratur.

Archiv für klinische Chirurgie. 50. Band. 1. Heft. Berlin, Hirschwald, 1895.

1) Lexer-Berlin: **Das Stadium der bindegewebigen Induration bei Myositis progressiva ossificans.**

Verf. schliesst aus mikroskopischen Untersuchungen in 2 Fällen der genannten Erkrankung, dass der Schwerpunkt des ganzen Processes, welcher der schliesslichen Ossification eines Muskels vorangeht, in einer vom intermusculären Bindegewebe ausgehenden Zellwucherung und Bildung eines zell- und gefässreichen indifferenten Gewebes bei gleichzeitigem Schwunde der Muskelelemente besteht. Die gewucherten Bindegewebszellen gehen weiter in grosse runde Formen und diese in Knorpelzellen über.

2) Sachs-Mülhausen i E.: **Der subphrenische Abscess im Anschluss an die perityphlitische und perinephritische Eiterung.**

Die Prognose des subphrenischen Abscesses ist in hohem Grade bedingt durch den Ausgangspunkt der Erkrankung. Es ist daher dringend geboten, immer eben diesen Ausgangspunkt zum Mittelpunkt aller Betrachtungen zu machen.

Verf. berichtet über 4 neue Fälle (darunter 3 aus der Kocher'schen Klinik) von perityphlitischem und über 1 Fall von perinephritischem subphrenischen Abscess. Er stellt ferner noch eine Reihe von Fällen aus der Literatur zusammen und bringt so eine werthvolle Erweiterung der Maydl'schen Statistik.

Die Einzelheiten der Arbeit, die sich besonders mit dem Weg der subphrenischen Abscesse befassen, entziehen sich der Wiedergabe in einer kurzen Besprechung.

3) Haasler-Halle: **Ueber die Regeneration des zerstörten Knochenmarkes und ihre Beeinflussung durch Jodoform.**

Verf. hat bei Kaninchen unter Zurückschlagung eines Periostknochenlappens das Mark der Tibia zerstört und die darnach auftretenden Regenerationsvorgänge genau studirt. Er kommt dabei zu Schlussfolgerungen, die von den bisher giltigen in mancher Weise abweichen.

Der Knochenmarkdefect wird zunächst durch Blut ausgefüllt. An der Grenze desselben bildet sich auf Kosten der hier untergehenden Knochenmarkzellen durch Wucherung (indirecte Zelltheilung) der reticulären und perivasculären Bindegewebszellen ein Keimgewebe, welches sich allmählich in den Blutherd vorschiebt und denselben ersetzt.

Das extravasirte Blut wird in seinen peripheren Schichten durch intercelluläre Circulation beseitigt; im Innern wird ein Theil zu Pigment umgewandelt. Eine Betheiligung von Riesenzellen an der Fortschaffung des Gerinnsels findet nicht statt. Das Bindegewebe wandelt sich bald in gallertiges Bindegewebe um, in dessen Spalten von der Peripherie her die kleinen Knochenmarkzellen einwandern. Die kernhaltigen rothen Blutkörperchen vermehren sich lebhaft, die Leukocyten wachsen zum Theil zu Mark- und Riesenzellen aus. Nach und nach nimmt so das Gewebe das Aussehen des rothen Knochenmarkes an.

Eine Bildung von Knochen und Knorpel findet bei der Regeneration des Knochenmarkes nur gelegentlich statt.

Um den Einfluss des Jodoforms auf die Knochenmarksregeneration zu studiren, hat H. in einen kleinen Knochenmarkdefect Jodoformkrystalle eingebracht. Das erste Ereigniss der nächsten Tage ist eine reichliche Einwanderung von Leukocyten. Diese Leukocyten zerfallen aber in kurzer Zeit wieder, und in ihrer Umgebung zeigt sich eine vom reticulären und perivasculären Gewebe ausgehende Bindegewebsschicht, durch welche die Leukocytenschicht allmählich verdrängt wird. In späteren Stadien findet sich ein fibrilläres und sklerotisches Gewebe, das hie und da von Knochenbildungen durchsetzt ist. Das

Bindegewebe scheint dem Verf. ein Schutz für das hinter ihm liegende Knochenmark zu sein.

Verf. glaubt, dass ähnliche Processe sich bei der Heilwirkung des Jodoforms abspielen. Ihm ist die örtliche Wirkung des Jodoforms die Hauptsache gegenüber der früher stark überschätzten antibakteriellen Wirkung.

4) W. Veit-Berlin: **Ueber die Spontanheilung rhachitischer Verkrümmungen.**

Eine dankenswerthe und praktisch sehr wichtige Arbeit. Verf. hat an dem grossen Material der Berliner chirurgischen Poliklinik Beobachtungen darüber angestellt, wie die Natur den sich selbst überlassenen rhachitischen Verkrümmungen gegenüber sich verhält. Verf. hat dazu die im Jahre 1891 zugegangenen Verkrümmungen photographirt und nach 2—3 Jahren wiederum eine Photographie angefertigt. Einige dieser für sich selbst sprechenden Abbildungen sind der Arbeit beigefügt.

Verf. folgert aus seinen zahlreichen Beobachtungen, dass alle, auch die schweren Fälle von rhachitischer Verkrümmung sich von selbst strecken können, wenn die Neigung zum Wachsthum bezw. zur Entwicklung des ganzen Skelettes besteht. Darnach ist bis zum 6. oder 7. Lebensjahre eine abwartende Behandlung der Rhachitis das Richtige. Sind Kinder nach diesem Alter noch erheblich krumm, so bleiben sie es auch. Hier muss dann also die chirurgische bezw. orthopädische Behandlung eingreifen.

Es gibt aber auch einige Fälle, bei denen man schon vor dem 6. Lebensjahre auf ein Bestehenbleiben der Verkrümmung schliessen kann, das sind die Fälle von rhachitischem Zwergwuchs und einige Fälle von O-Beinen.

5) Graf-Meiningen: **Ueber das Carcinom, mit besonderer Berücksichtigung seiner Aetiologie, Heredität und seines endemischen Auftretens.**

Verf. hat mit Hilfe der Thüringer Aerzte weiteres Material zur Frage der Heredität und des endemischen Auftretens des Carcinoms gesammelt. In Bezug auf Heredität wird eine Reihe von einschlägigen Beobachtungen mitgetheilt. Die Nachforschungen nach endemischem Auftreten hatten im Allgemeinen ein negatives Ergebniss, nur aus einigen Orten wurde das gehäufte Vorkommen von Krebs gemeldet.

Der Abschnitt über Aetiologie befasst sich im Wesentlichen mit der Aufzählung der verschiedenen Carcinomtheorien. Die Thiersch'sche Theorie dürfte dabei eigentlich nicht vergessen werden.

6) Kocher-Bern: **Ueber die Erfolge der Radicaloperation freier Hernien mittelst der Verlagerungsmethode.**

Zusammenfassung der Arbeit von Beresowsky, siehe diese W. 1895, S. 375.

7) Domke-Berlin: **Ueber einen Fall von Exstirpation eines inneren Beckenenchondroms mit partieller Resection des Darmbeins.** (Aus der Hadra'schen Privatklinik.)

Die Operation verlief durchaus glücklich. Der Tumor wog 860 g, sein grösster Durchmesser betrug 12 cm.

8) W. Kramer-Glogau: **Ueber die Resultate und Ausführung der Radicaloperation besonders grosser Unterleibsbrüche.**

Um über die Berechtigung der Radicaloperation bei über zweimannsfaustgrossen Unterleibsbrüchen ein sicheres Urtheil zu gewinnen, hat K. sich der grossen Mühe unterzogen, eine Statistik der einschlägigen Operationen aus der Literatur der letzten 15 Jahre aufzustellen. Gleichzeitig werden 6 eigene entsprechende Operationen — sämmtlich glücklich verlaufen — mitgetheilt.

K. theilt die sämmtlichen Fälle in 2 Gruppen: A. zweimannsfaust- bis kindskopfgrosse Brüche, B. kindskopf- bis mannskopfgrosse Brüche. Von 77 später untersuchten Patienten der Gruppe A waren 37 seit mehr wie einem Jahr recidivfrei, von 49 der Gruppe B 26. Das Resultat der Radicaloperation ist also in Bezug auf Recidive ein verhältnissmässig günstiges.

Auch in den Fällen, wo Recidive eintraten, war doch insofern ein Erfolg der Operation zu bemerken, als der Bruch jetzt gut zurückgehalten werden konnte und die früheren Beschwerden der Kranken verschwunden waren.

Todesfälle kamen bei im Ganzen 212 Operationen 24 vor, davon 17 durch Wundinfection. Damit ist nun allerdings erwiesen, dass die Radicaloperation besonders grosser Hernien mit einer nicht geringen Lebensgefahr verknüpft ist. Die Lebensgefahr steigert sich mit der Grösse des Bruches.

Dieser Umstand fordert uns jedenfalls auf, bei der Auswahl der Fälle zur Operation sehr strenge zu verfahren, alle mit anderweitigen Complicationen einhergehenden Fälle (Krankheiten der Athmungs-, Circulations- und Harnorgane, chronischer Alkoholismus, Fettsucht) auszuschliessen. Auch enorm grosse veraltete Brüche (Eventrationen) lasse man am besten in Ruhe. Hohes Alter allein ist keine Gegenanzeige.

Die Vorschriften über die Ausführung der Radicaloperation in solchen Fällen mögen in der Arbeit selbst nachgelesen werden.

Krecke.

Centralblatt für Gynäkologie. 1895, No. 23.

1) M. Hofmeier: **Zur Nomenclatur der Placenta praevia.**

H. erwidert einigen kritischen Bemerkungen Ahlfeld's (siehe Ref. diese Wochenschrift, S. 428) unter Anderem betonend, dass er weder die Möglichkeit einer primären tiefen Einsertion geleugnet, noch unter Placenta praevia nur die Centralis verstanden habe. Sodann erhärtet H., dass über den Begriff und die Nomenclatur der Placenta praevia keinerlei Uebereinstimmung herrsche, und schlägt vor, streng zu trennen: 1) tiefer Sitz der Placenta, event. bis zum inneren Muttermund heran, 2) Placenta praevia, wenn ein Theil der Placenta über den inneren Muttermund herüber reicht, partialis und totalis je nach der Grösse des vorliegenden Lappens.

2) W. Beckmann-St. Petersburg: **Spontane Ruptur eines Ovarialcystoms in Folge von Stieldrehung. Intraperitonealer Bluterguss. Köliotomie. Genesung.**

Die Ruptur musste bezogen werden auf eine Steigerung des Innendruckes im Cystom durch zahlreiche Blutergüsse sowohl in die Cystenräume als auch in die Wände der Cysten. Wichtig ist es, solche Blutungen durch Cystenruptur nicht mit einer geborstenen Extrauteringravidität zu verwechseln, da im ersteren Falle eine event. exspectative Behandlung schwere Bedenken hätte.

3) Eman. Kahn: **Partus per rupturam perinei centralem.**

19jähr. Ip. mit abnorm langem (7 cm) und breitem Damm und einer an Atresie grenzenden Enge der Vulva. Die Ruptur war wohl von aussen nach innen, durch Dehnung der äusseren Haut entstanden und durch den Riss erfolgte dann die Geburt. Zwischen Riss und Introitus und Rectum war je eine Hautbrücke erhalten geblieben. Anfrischung und Naht der Verletzung. Die bis jetzt publicirten Fälle werden kurz mitgetheilt. Eisenhart-München.

Aus **Ziegler's Beiträgen zur patholog. Anatomie.** Bd. XVI. Heft 3.

Siegenbeck van Heukelom: **Das Adenocarcinom der Leber mit Cirrhose.**

Das primäre Adenocarcinom der Leber tritt fast immer combinirt mit Cirrhose auf. Drei von dem Autor beobachtete Fälle bestätigen dies. Die Neubildung nimmt ihren Ausgang von den Leberzellen; (die Richtigkeit der Angabe von Bonome, welcher in einem Falle eine Entwicklung aus dem Epithel der Gallengänge sah, wird zugegeben). Sie ist im Beginne trabeculär, um später adenomatös oder scheinbar alveolär zu werden. Die diffuse Entartung der Leber ist nicht zu erklären durch excentrisches Wachsthum eines primären Knotens, sondern durch eine gewisse „Infection" der Grenztheile, wie es von Waldeyer für das Hautcarcinom und von Hauser für das Cylinderepitheliom des Magens festgestellt worden ist. Die ersten Veränderungen bei Entwicklung von atypischen Zellen aus den typischen Leberelementen zeigt der Kern. Der Verfasser glaubt, dass gewisse Beobachtungen, welche man im Original nachlesen möge, für die Theorie Hansemann's von der Anaplasie der Zellen sprächen.

Prof. W. Brigidi und Dr. E. Piccoli: **Ueber die Adenia simplex und deren Beziehungen zur Thymushyperplasie.**

Entgegen der Lehre von Cornil und Ranvier, dass während der Adenie die Thymusdrüse zu ihrem embryonalen Zustand zurückkehre, war in dem von den Forschern beobachteten Falle die Thymus sicher primär erkrankt, die Lymphdrüsen erst successive. Die Lymphdrüsenknoten waren hart; in vita bestand keine Leukämie. Also könne man a contrariis schliessen, dass zwischen weicher Adenie und Leukämie Beziehungen bestünden. Das Lymphom ist keine Neubildung, sondern ein hyperplastischer Zustand, bei welchem es zur bindegewebigen Sklerose der Lympfknoten kommen kann. In letzterem Falle finde dann natürlich eine abnorme Vermehrung der Leukocyten nicht statt. Die Verfasser züchteten aus den Cervicaldrüsen ein dem Staphylococcus sehr ähnliches Bacterium, welches — aber nicht durch specifische Adenie — für Thiere pathogen war. Die verschiedene Wirkung eines und desselben Mikroorganismus lasse sich durch die verschiedene Widerstandskraft des befallenen Mikroorganismus erklären. Ist dieselbe ungeschwächt (in diesem Falle das Versuchsthier) so gäbe es Eiterung, sei dieselbe dagegen erlahmt, so könne Adenie eintreten. Ein specifisches Bacterium der Adenie anzunehmen sei falsch; die verschiedensten Mikroorganismen könnten dieselbe erzeugen.

Dr. Arthur Gloon: **Beitrag zur pathologischen Anatomie der Orbitalphlegmone.**

Die ausserordentlich genaue Bearbeitung eines von dem Verfasser beobachteten Falles bietet im Wesentlichen nichts Neues. Bezüglich der Therapie erhebt auch er die Forderung der Prophylaxe bei Wunden in der Umgebung des Auges, bei dagegen schon vorhandener Orbitalphlegmone der möglichst frühzeitigen Entfernung des Eiters, um einer pyämischen Infection vorzubeugen.

Dr. Peter Borissow: **Ueber die chemotaktische Wirkung verschiedener Substanzen auf amöboide Zellen und ihren Einfluss auf die Zusammensetzung des entzündlichen Exsudates.**

Dieselbe chemische Substanz kann auf die Leukocyten der einen Thiergattung positiv, auf die der anderen schwächer oder direct negativ chemotaktisch einwirken. Positiv wirken immer Kupfer, Terpentinöl, die Dibenzylverbindung des Putrescins, Weizen- und Erbsenmehl, todte Körpergewebe und die Culturen verschiedener Organismen. (Sehr schwach nur die der Tuberkelbacillen.) Positiv bis negativ, je nach der Thiergattung, wirkt Quecksilber, unwirksam sind Phosphor und Arseniksäure. Junge Thiere reagiren leichter durch Leukocytenzufuhr als alte. Keine der angewendeten Substanzen lockte etwa ge-

rade die eine oder andere Leukocytenform an. Die Ergebnisse der Versuche sind also nicht geeignet die Hypothese Müller's, dass die eosinophilen Zellen im Sputum von Asthmakranken durch eine besondere im Körper gebildete Substanz angelockt worden sein sollen, zu stützen, wenn sie auch nicht gegenbeweisend sind.

Dr. Filippo de Filippi: **Experimentaluntersuchungen über das Ferratin von Marfori-Schmiedeberg.**

Den Versuchsthieren wurde das Präparat gelöst subcutan bezw. intravenös oder mittels der Nahrung beigebracht. Im ersten Falle wird das Eisen sehr rasch in den Abkömmlingen des mittleren Keimblattes, also in fixen Bindegewebszellen im Blut und Lymphgefässsystem abgelagert. Bei intravenöser Application tritt das Eisen rasch in den Lymphstrom über und kehrt mittels desselben in den Kreislauf zurück mit Ausnahme eines in den Lymphdrüsen zurückgehaltenen Theiles. Nur bei dieser Methode nehmen auch Parenchymzellen, z. B. Nierenepithelien, Eisen auf, denn das Eisen gelangt hier in der Form gelösten Ferratins direct an sie heran. Immer aber geschieht dies nur vorübergehend; sie führen es bald wieder entweder nach aussen ab, oder geben es an die Leukocyten in's Körperinnere zurück. Bei Aufnahme des Präparates mittels des Verdauungscanales geschieht die Resorption auf dem Darm-Lymphwege so ausserordentlich rasch und reichlich, wie dies bis jetzt noch für kein anderes Eisenpräparat nachgewiesen worden ist. Da das Ferratin ausserdem von den Versuchsthieren in ganz ausgezeichneter Weise vertragen wurde und von einer Reizung und Epithelabstossung der Schleimhaut (was der Grund für die Eisenaufnahme aus dem Darm und Deposition in der Leber der Versuchsthiere in den Kunkel'schen Versuchen mit Ferrum oxychloratum sein soll) nichts zu sehen war, so dürften die mikrochemischen Untersuchungen de Filippi's in Verbindung mit den grundlegenden chemisch-analytischen Arbeiten Marfori's das Ferratin wohl als ein ausserordentlich werthvolles, wenn nicht als das werthvollste Eisenpräparat gezeigt haben.

Docent Dr. R. Haug: **Beiträge zur pathologischen Anatomie und Histologie des Gehörorganes.**

Dieser Titel steht an der Spitze von fünf von einander unabhängigen kleineren Arbeiten. Zunächst wird ein Fall einer versprengten Brustwarze, welche am linken Tragus sass, der zweite beschriebene Fall einer accessorischen Brustwarze am Kopf, besprochen. Auf Grund der mikroskopischen Untersuchung möchte Haug, wie er ausdrücklich betont, dieses Gebilde nicht als Brustdrüse (Barth), sondern nur als Brustwarze ansprechen. — Sodann folgt ein Bericht über den Fund von Rasen des Aspergillus nigrescens in der Paukenhöhle und im Warzenfortsatz bei einer 1/2 Jahr bestehenden Otorrhoe. Der Schimmelpilz dürfte wohl den Process nicht veranlasst, aber unterhalten haben. Bisher wurde im Ohre von Schimmel- und Sprosspilzen nur je einmal der Soorpilz, der Aspergillus glaucus und der Actinomyceserreger gefunden, in den Höhlungen des Warzenfortsatzes noch nie einer derselben. — Ausserordentlich interessant ist der dritte Fall, ein Pendant zum Falle Kuhn's, welcher einen Granulationspolypen der Paukenhöhle mit eingewachsenen menschlichen Haaren betrifft. Wahrscheinlich dürften die zufällig in die Paukenhöhle gelangten Haartheilchen die Geschwulst auch veranlasst haben. — Der vierte Fall, ein melanotisches Riesenzellensarkom des Gehörganges, welches auf die benachbarten Knochen übergegriffen hatte, erweckt besonders das Interesse bezüglich der Frage der Pigmentbildung. — Den Schluss bilden zwei neue Beobachtungen Haug's über circumscripte Knotentuberculose des Unterohres und des Ohrläppchens, welche in wünschenswerthester Weise die drei von demselben Autor früher veröffentlichten Fälle ergänzen. Haug glaubt, dass diese einem weichen Fibrom äusserst ähnliche Neubildung, welche an der äusseren Haut nicht zu Ulcerationen führt und durch exquisit langsame Entwicklung ausgezeichnet ist, häufiger ist als man bisher glaubte, wohl vielfach mit einem weichen Fibrom verwechselt wird, und eine Art Inoculationstuberculose sei. (Sie kommt fast nur bei Weibern vor, welche ja bei Einhängen der Ohrringe in die Ohrläppchen sich leicht Verletzungen mit den eventuell mit Tuberkelbacillen beladenen Ohrringen zufügen können.)

Prof. Dr. M. Löwit: **Ueber die Beziehung des Blutgefässendothels zur Emigration und Diapedese.**

Löwit zieht aus den Ergebnissen seiner Experimental-Untersuchungen folgenden Schluss: Emigration und Diapedese der körperlichen Elemente des Blutes können wohl durch Stigmata und Stomata hindurch, aber auch ohne dieselben stattfinden, und wahrscheinlich können auch Stigmata und Stomata vorhanden sein, ohne dass es zur Emigration und Diapedese zu kommen braucht. Ob Löwit's Angriffe gegen Engelmann, welcher bekanntlich die Stomata als Kunstproducte ansieht, zwingende Gegenbeweise enthalten, diess zu entscheiden, wären weitere Untersuchungen sehr erwünscht.

Dr. C. Zenoni: **Ueber die Entstehung der verschiedenen Leukocytenformen des Blutes.**

Nach Zenoni wird dem Blute durch den Defibrinationsprocess der grösste Theil seiner weissen Blutkörperchen entzogen und darauf eine plötzliche intensive Leukocytose hervorgerufen. Bei der Blutgerinnung zerfallen die weissen Blutkörperchen nicht (Krüger), noch rufen sie dieselben hervor; vielmehr hängt letztere von der Anwesenheit der Blutplättchen ab. Beim Eintritt der Leukocytose prävalirt in hervorragender Weise keine Leukocytenform gegenüber der Norm. Die mononucleären Formen sind also nicht als Bildner der polynucleären anzusehen, vielleicht die kleinen Lymphocyten als solche der grossen. Die rasch eintretende Leukocytose ist durch Nachschub aus dem Lymphsystem, vor Allem aber aus dem Knochenmark zu erklären.

Dr. A. Grigorjeff: **Untersuchungen über die Wirkungen des Trikresols auf den thierischen Organismus.**

In Paraffinöl gelöstes und subcutan Kaninchen beigebrachtes Trikresol ruft acute parenchymatöse Veränderungen in Nieren und Leber, aller Wahrscheinlichkeit nach auch Zerstörung der rothen Blutkörperchen hervor. Die Ausscheidung des Giftes aus dem Körper erfolgt rasch und in mässig die Nieren irritirender Form. Der Tod erfolgt in Folge Einwirkung auf das Cerebrum durch Respirationsbehinderung. Das Präparat ist nur 1/4 mal so giftig wie Carbolsäure. Grigorjeff empfiehlt dasselbe einem ausgedehnteren Gebrauche in der Medicin.

C. v. Kahlden: **Ueber Ureteritis cystica.**

In den cystischen Gebilden, welche sich in zwei Fällen im Ureter, in einem derselben auch im Nierenbecken fanden, konnte v. Kahlden Gebilde finden, welche er, wie es scheint mit Recht, als Parasiten deutet und mit den in der Hechthamblase gefundenen Myxosporidien vergleicht. Er glaubt, dass sie die Erreger dieser eigenthümlichen Uretererkrankung sind, und vermuthet, dass auch in den bisher veröffentlichten Fällen von Ureteritis cystica eine derartige Aetiologie vorlag. Auf eine gemeinsame Entstehungsursache deute die immer bis heute beobachtete gleichzeitige Cystitis hin.

Dr. Georg Reinbach: **Ueber die Bildung des Colloids in Strumen:**

Das Colloid ist ein Degenerationsproduct der Drüsenzellen, kein Secretionsproduct. Die normale Colloidbildung mag anders vor sich gehen. Der Process wird immer durch einen Wucherungsprocess der Drüsenzellen eingeleitet. Je nachdem können in den geschwellten Zellen Körnelungen auftreten, welche auch bleiben, wenn die Zellgrenzen schon zerfallen sind und so also zunächst eine Bildung von gekörntem, später von homogenem Colloid herbeiführen. Oder es treten in den Zellen sogleich Colloidtropfen auf, eine Körnelung und ein gekörntes Colloid fehlt. Immer gehen dabei die Zellen zu Grunde.

v. Notthafft.

Berliner klinische Wochenschrift. 1895, No. 23.

1) W. Ebstein-Göttingen: **Angina pectoris neben Arthritis uratica und Diabetes mellitus.**

Fortsetzung folgt.

2) Finkelstein: **Zur Kenntniss seltener Erkrankungen der Neugeborenen.** (Charité-Kinderklinik-Berlin.)

1. Ein Fall von Sepsis acutissima (Streptococcen), wahrscheinlich von der an puerperaler Sepsis erkrankten Mutter übertragen. Die Symptome waren: reissender Verlauf, Cyanose mit Tetanus, Gangränherde an den Extremitäten, dunkles Blut und Hämatoidinkörnchen im Urin.

2. Ein Fall von hämorrhagischer Diathese, ausgezeichnet dadurch, dass in den Organen ein specifischer Bacillus gefunden wurde, der Mäuse unter dem Bilde der Septikämie tödtet und bei Kaninchen eine typische hämorrhagische Diathese erzeugt. Der Bacillus stimmt überein mit dem von Kolb beschriebenen Bacillus haemorrhagicus.

3) O. Rosenthal-Berlin: **Ueber mercurielle Exantheme.**

Fortsetzung folgt.

4) C. Brunner-Zürich: **Ueber Wundscharlach.**

Fortsetzung folgt.

5) L. Pick: **Zur Protozoenfrage in der Gynäkologie.** (Aus der Landau'schen Frauenklinik.)

Die bei Endometritis fungosa cystosa, bei schleimig-eitriger Salpingitis und cystischen Eierstockstumoren vorkommenden amöbenähnlichen Gebilde müssen als epitheliale Degenerationsformen gedeutet werden. Kr.

Vereins- und Congressberichte.

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie.

VI. Versammlung in Wien vom 5.—7. Juni 1895.

II.

(Originalbericht von Privatdocent Dr. G. Klein-München.)

I. Tag. Mittwoch, 5. Juni (Fortsetzung).

Aus der Discussion über **Ruptura uteri** seien noch folgende Einzelheiten erwähnt:

Schatz-Rostock weist darauf hin, dass der Hals des Uterus und die Scheide sich aus verschiedenen Zonen zusammensetzen, die auch verschieden innervirt sind; das Bestehen eines besonderen unteren Segmentes erkennt S. nicht an, der Contractionsring sei also nichts anderes als der innere Muttermund (Braune, Zweifel). Es gibt kein unteres Segment, das sich schlecht zusammenzieht, sondern es gibt nur Uteri, die sich schlecht oder nicht zusammenziehen.

v. Winckel-München erläutert das Bestehen einer Prädisposition für Uterus-Ruptur an dem von ihm beobachteten Falle des

Platzens eines cystischen Myoms, bei dem die geplatzte Stelle degenerativ verändert war.

Löhlein-Giessen: Spontan-Ruptur bei einer VI p. trotz langsamer Geburt. Die Cervixwand war durch chronische Entzündung prädisponirt.

v. Herff-Halle: An einem schwangeren, carcinomatösen Uterus, welcher durch Total-Exstirpation gewonnen worden war, fand sich das Hegar'sche Schwangerschaftszeichen (Weichheit des unteren Theils des Uterus) gerade an jenem Theile des Uterus, welcher sich unterhalb des oben inserirten, den Uterus noch nicht ganz ausfüllenden Eies befand; hier war also der Uterus wegen des noch fehlenden Inhaltes weicher. Ferner berichtet v. H. über einen Fall von spontaner Abreissung des ganzen Uterus von der Scheide mit Eröffnung der Excavatio vesico-uterina, obwohl der Kopf des Kindes schon in der Scheide und im Becken stand.

Tauffer-Budapest sah unter 10048 poliklinischen Geburten 43 Rupturen; alle 3 Laparotomirten starben. Von 25 penetrirenden (completen) Rupturen wurden nach Jodoformgaze-Tamponade 5 geheilt, von 17 nicht penetrirenden (incompleten) 12.

Rein-Kiew empfiehlt die operative Behandlung der Ruptur; die Naht ist das ideale Verfahren.

Neugebauer-Warschau befürwortet die vaginale Entfernung des Uterus.

Fritsch-Bonn: Das Bestehen einer Prädisposition ist auch bei Kaiserschnitten daran erkennbar, dass beim Herausziehen des Kindes die Uteruswunde einmal weiterreisst, in anderen Fällen nicht. — Bei Rissen blutet wesentlich das Parametrium. In einem Falle konnte F. bei Vergrösserung des an sich kleinen Risses nach Laparotomie die in der Tiefe spritzenden Gefässe fassen und unterbinden. Bei Unterbindung grosser Gewebspartien auf einmal ist es schwer, die Ureteren zu vermeiden.

Saenger-Leipzig weist in seinem Schlussworte verschiedene Angriffe zurück. Für die Uterusnaht empfiehlt er statt des Catguts die Seide, da sie nicht aufgehen kann.

Olshausen und Chrobak danken den Herren Fritsch und Saenger für die Herstellung der Referate. Im Hinblick auf das Rede-Tournier zwischen den einzelnen discutirenden Herren schliesst Chrobak mit den Worten: „Duobus litigantibus tertius gaudet, und in diesem Falle ist der tertius die Wahrheit.“ —

Nach Beendigung der Discussion über die Ruptura uteri überreicht Martin der Gesellschaft sein Werk über „Die Krankheiten der Eileiter“.

Es folgt nun eine Reihe von Vorträgen über vaginale Uterus- und Adnex-Operationen.

Martin-Berlin: Ueber die Bedeutung der Kolpotomia anterior für die Operation an den Becken-Organen.

Zu den wichtigsten Neuerungen auf dem Gebiete der operativen Gynäkologie gehören die vaginalen Operationen des Uterus und seiner Anhänge. Czerny hat 1879 die Eröffnung der Scheide und das Herabstürzen des Corpus uteri durch die Scheide empfohlen; ihm folgten Péan, Doyen u. A., bis Dührssen in jüngster Zeit sogar die Entfernung der Adnexe auf dem Weg durch die Scheide lehrte. M. berichtet über 60 Fälle von vorderer Kolpotomie; er wandte besonders den sagittalen Schnitt der Scheide an. Dicht oberhalb des vorderen Scheidengewölbes findet sich oft eine harte Schwiele, nach deren Durchschneidung mit Messer oder Scheere die Blase abgedrängt werden kann; zur Erleichterung kann man den Cervix mit einer Sonde fixiren. Nun wird das Peritoneum eröffnet; die Blutung ist bis dahin meist gering. Der Uterus wird mit Kugelzangen allmählich in die Scheidenwunde hereingezogen; fehlen Adhäsionen, so fallen mit dem Uterus oft Tuben und Ovarien vor. Die Blase hält man mit einer breiten Scheidenplatte zurück. In der Grösse des Uterus liegt die Grenze für diese Operation: über Faustgrösse kann man meist nicht gehen. Verwachsungen des Uterus lassen sich lösen. Sind aber die Lig. infund.-pelvica stark verkürzt, so ist die ventrale Operation der vaginalen vorzuziehen. Nach Erledigung der Exstirpation des Myoms, der Anhänge o. A. wird der Uterus zurückgeschoben, die Plica peritonei hervorgezogen, eine Nadel vom oberen Ende der Scheiden-Incision unter dem lockeren Bindegewebe an der Basis der Blase, durch die Plica peritonei an der seitlichen Scheide heraus, und dicht neben dem oberen Ende der Scheiden-Incision durchgestochen, der Faden dann stramm zugezogen und der Uterus durch Catgut festgelegt, welches durch Scheidenwand und Corpus, sowie Collum liegt; dann Verschluss der Scheide.

In M.'s 60 Fällen stets anstandslose Heilung, Ergebniss innerhalb des halben Jahres gut. Nur einmal Verletzung der Blase durch die Kugelzange, als Pat. die Blase in die Zange hineinpresste; am 6. Tage Urin durch die Scheide, nach 17 Tagen Heilung der Fistel. M. hat auf diesem Wege 14mal wegen Myomen, 7mal wegen beweglicher Retroflexio mit Prolaps, 3mal wegen Oophoritis, 34mal wegen chronischer Pelveoperitonitis, meist mit Verwachsungen der Eileiter und Eierstöcke operirt.

Dührssen-Berlin: Ueber vaginale Köliotomie und conservative vaginale Adnex-Operationen.

Das Neue des Verfahrens besteht in der Möglichkeit, kleine Corpusmyome zu entfernen nach Eröffnung des Peritoneum, desshalb hält er die Bezeichnung „vaginale Köliotomie“ für besser als Martin's „Kolpotomie“. Auf dem vaginalen Wege kann man die Beckenorgane ebenso sichtbar machen, wie bei ventraler Köliotomie; allerdings kann man genöthigt sein, letztere anzuschliessen, wie in einem Falle, in welchem D. nach der Scheideneröffnung beide Tuben mit dem Darm verwachsen fand. Unter 26 Fällen vollendeter vaginaler Adnex-Exstirpationen handelte es sich 2mal um Tuben-Schwangerschaft. 3mal um Pyosalpinx, 5mal um Ovarial-Tumoren, 7mal um Salpingitis; unter 31 Fällen (einschliesslich von 5 nicht vollendeten) 1 Todesfall: Nachblutung, zwar gestillt, aber von Exsudat gefolgt, das trotz Spaltung von der Scheide aus durch Peritonitis zum Tode führte. Für das Ligament nimmt D. desshalb nicht mehr Catgut, sondern Silkworm. — 1mal Ileus durch Hämatocele; nach deren Eröffnung Heilung. Die Grösse der cystischen Tumoren ist ein geringeres Hinderniss als die Verwachsungen; natürlich muss man cystische Tumoren vorher verkleinern. Sehr unangenehm sind jene Verwachsungen, welche die Adnexe seitwärts fixiren. Indicationen der vaginalen Köliotomie: 1) bei beweglichen Ovarien oder Ovarial-Cysten, 2) bei Tuben-Schwangerschaft nur dann, wenn keine wesentlichen Verwachsungen, 3) bei fixirten Ovarien und Ovarial- und Tubensäcken nur dann, wenn die Verwachsungen den Tumor in den Douglas hineinziehen, wenn er sich also von der seitlichen Beckenwand abziehen lässt. Contra-Indicationen: Bei schweren Verwachsungen, so dass man in Narkose die Tuben und Ovarien nicht deutlich fühlt, ferner bei Verwachsungen mit der seitlichen Beckenwand und dann, wenn sie als Exsudat imponiren. Stets muss vorher auch Alles zur ventralen Köliotomie hergerichtet werden. Sorgfältige Blutstillung an der Scheidenwunde und blutenden Blasenfläche. Vorzüge: Wegfall der Bauchnarbe und ihrer Hernien, sowie der Darm- und Netz-Verwachsungen und Vermeidung des Tragens einer Leibbinde.

Landau-Berlin: Ueber Klemm-Behandlung bei Carcinoma und Myoma uteri, bei Pyosalpinx und Becken-Eiterungen.

Die hiefür benützten Klemmen sind von Péan, nicht von Richelot angegeben worden. Péan hat 3 Neuerungen eingeführt: Klemmen, Zerstückelung (Morcellement), Erweiterung der Indication auf Becken-Abscesse. L. berichtet über 277 von ihm rein vaginal operirte Fälle: 112 Carcinome und Sarkome mit 8 Todesfällen, 54 Myome, von welchen die Hälfte bis zum Nabel reichte, mit 3 Todesfällen, 109mal chronisch-eiterige bezw. entzündliche Erkrankungen der Adnexe mit 1 Todesfall, 2mal Tuben-Schwangerschaft. 1mal wurde ein Ureter, 4mal der Darm verletzt, aber mit Ausnahme einer Mastdarmfistel wurden alle geheilt. Die Peritoneal-Höhle braucht nicht stets geschlossen zu werden: in 109 eiterigen und infectiösen Fällen wurde sie nicht geschlossen. Technik: Das Collum wird mit Museux gefasst, umschnitten, Blutung zunächst vernachlässigt, Uterus vorn und hinten befreit. In Folge der seitlichen Gefäss-Anordnung des Uterus sind alle medianen Eingriffe möglich ohne zu nähen oder zu klemmen. Mit dem Finger wird der Uterus vom hinteren Scheidengrunde aus vorgeholt, die Lig. lat. von oben her abgeklemmt und der Uterus herausgeschnitten. Diese Methode ist nicht ausführbar bei zu grossem Uterus, zu adhärenten Tumoren oder gleichzeitigen Myomen. 4 Operations-Arten sind zu unterscheiden: 1) Entfernung des ganzen, unverkleinerten Uterus, 2) nach Längsschnitt in der vorderen Wand, 3) nach Halbirung des Uterus in der Sagittal-

Ebene, 4) nach Zerstückelung des Uterus (Demonstration von Präparaten und Tafeln).

Veit-Berlin: **Vaginale Operation von Uterus-Myomen.** Nicht jedes Myom bedarf operativer Behandlung. „Die Indicationen zur Operation bestehen in seltenen Fällen in dem starken Wachsthum, in den malignen Degenerationen, den Compressionserscheinungen und den Blutungen. Vortr. versucht die vaginale Myomoperation gegen die abdominale abzugrenzen, indem er auch für die sonstigen Eingriffe sich von der Fixirung der Grenze der beiden Operationswege auf diesem Gebiet Vortheile verspricht. Von vaginalen Eingriffen kommt nur die vaginale Uterusexstirpation und die Enucleation in Frage. Für die vaginale Operation ungeeignet sind 1) alle Fälle von sehr starkem Wachsthum. Hier soll nur durch Laparotomie operirt werden. 2) Maligne Degeneration von Myomen soll nur dann vaginal operirt werden, wenn man ohne Eröffnung der Uterushöhle auf diesem Wege vorgehen kann, wenn also die Tumoren relativ klein sind und mit dem Fundus den Beckeneingang nicht überragen. Ist der Tumor grösser, so muss bei allen malignen Erkrankungen die Laparotomie gemacht werden. 3) Bei Einklemmung im Becken soll man principiell vaginal operiren und zwar möglichst nur durch Enucleation des oder der Tumoren. Die Grenze gegen die Laparotomie wird bei grösseren Myomen gebildet dadurch, dass die untere Peripherie des Tumors sich entweder in das Becken hineindrücken lässt oder nicht. Haupt-Indication sind Blutungen. Muss man 4) wegen Blutung operiren, so darf man annehmen, dass der Tumor entweder schon polypös oder submucös ist, oder, wenn noch interstitiell, der Schleimhaut jedenfalls nahe sitzt. Hier reicht principiell die Enucleation aus, wenn nicht die Grösse des Tumors dagegen spricht. Bei der Bestimmung der Grenze handelt es sich wieder um das Verhältniss des Tumors zum Becken. Die periphere Grösse und nicht die Ausdehnung nach oben gibt die Entscheidung.

Für die Technik der vaginalen Totalexstirpation bei Myom muss man immer an die Enucleation denken. Durch dieselbe ist der Uterus meist so zu verkleinern, dass die Radialoperation wesentlich erleichtert wird. Das Morcellement tritt an Bedeutung gegenüber der Enucleation erheblich zurück. Für die vaginale Enucleation empfiehlt Vortr. die Spaltung der vorderen Wand des Cervix und des unteren Uterinsegmentes nach Ablösung der Blase. Der gewonnene Raum wird sehr gross. In 15 Fällen hat sich dem Vortr. sein Verfahren sehr bewährt. Es muss beschränkt werden auf die oben skizzirten Fälle und übrigens möglichst auch auf median gelegene Tumoren.“ (Selbstbericht.)

II. Tag, 6. Juni.

Von ½8—9 Uhr Vormittags fanden verschiedene Demonstrationen statt.

In der Klinik Schauta's führte **Dührssen**-Berlin eine Vaginofixatio uteri aus. Der Uterus war retroflectirt, durch Massage früher aus Adhäsionen gelöst. D. curettirte zunächst den Uterus, excidirte die Portio-Lippen und eröffnete durch einen Querschnitt das vordere Scheidengewölbe; nach Aufsetzung eines kurzen sagittalen Längsschnittes und Eröffnung der Excavatio vesico-uterina liess sich der Uterus mittels zweier abwechselnd immer höher in den Uterus eingesetzten Kugelzangen mit Leichtigkeit durch die Wunde in und vor die Scheide ziehen; die Adnexe waren theilweise sichtbar. Ein kleines Myom der vorderen Uterus-Wand wurde nach Spaltung der Kapsel enucleirt, das Myom-Bett zugenäht, der Uterus an die Scheide angenäht und die Scheide mit fortlaufender Naht geschlossen. Diese ganze Reihe von Operationen dauerte nur ungefähr eine halbe Stunde.

Demonstrationen in Chrobak's Klinik:

Prochownick-Hamburg zeigt die von ihm nach Narkosen angewendete Sauerstoff-Inhalation; (ein Aufsatz P.'s erscheint in der Münchener med. Wochenschrift).

v. Rosthorn-Prag zeigt 1) ein primäres Tuben-Carcinom, 2) einen beim Hunde durch Injection von Staphylococcen in die doppelt abgebundene Tube erzeugten Pyosalpinx, 3) ein amniotisches Band an einem Hemicephalus.

Saenger-Leipzig zeigt seltene Tuben-Präparate, **Rein**-Kiew ein kyphotisches Becken, das die Ursache einer Uterus-Ruptur wurde, ferner diesen und einen zweiten rupturirten Uterus.

v. Herff-Halle zeigt pathologisch-anatomische Präparate, Bilder von der Leber Eklamptischer, sowie Bilder von Frauen, die nach der Castration männlichen Habitus erhielten: die Stimme wurde tiefer, die Gesichtszüge männlicher, es zeigte sich beginnendes Bart-Wachsthum. Er zeigt ferner einen geburtshülflichen Kasten aus Aluminium.

v. Mars-Krakau demonstrirt eine neue Reihe seiner Gyps-Abgüsse zur plastischen Veranschaulichung von gynäkologischen Operationen.

Courant-Breslau zeigt an der Lebenden die Anwendung seiner Specula-Halter, **Asch**-Breslau seine Beinhalter, **Skutsch**-Jena den von ihm angegebenen Tisch zu Alkohol- und Sublimat-Waschung der Hände, **Hennig**-Wien die von ihm angefertigten naturgetreuen Moulagen nach Erkrankungen der Vulva.

Latzko-Wien hat unter 70 von ihm beobachteten Fällen von Osteomalacie 26 Frauen im geschlechtsreifen Alter, darunter schwerste Fälle, mit Phosphor behandelt und mindestens 1 Jahr lang beobachtet; davon sind 15 geheilt, 10 wesentlich gebessert mit Aussicht auf Heilung, 1 ungeheilt. Er demonstrirt osteomalacische Frauen. Seine Verordnung besteht in 0,001—0,002 Phosphor pro die; bei 0,004 hatte er eine Vergiftung erlebt.

Um 9 Uhr Vormittags begann die Discussion über das 2. Thema dieses Congresses:

Endometritis.

Das Referat über Endometritis (176 Druckseiten) war den Mitgliedern der Gesellschaft längere Zeit vor dem Congresse gesandt worden. Es enthält folgende Einzel-Arbeiten:

v. Winckel-München: Aetiologie der Endometritis. Nach dem jetzigen Stande unseres Wissens lassen sich I. die einfachen, bisher nicht als bakteriell erkannten und II. die bakteriellen Endometritiden unterscheiden, und zwar mit folgenden Unter-Abtheilungen:

I. Die einfachen, bisher nicht als bakteriell erkannten E.
1. In Folge von Circulationsstörungen;
2. a) durch Intoxication, b) durch Allgemein-Infection bewirkte;
3. die E post abortum und decidualis;
4. die E. exfoliativa;

II. Die eiterigen, bakteriellen E.
a) durch Spaltpilze:
5. die gonorrhoische;
6. die tuberculöse;
7. die durch Strepto- und Staphylococcen bewirkte (Anhang: Bacter. coli commune);
8. die saprophytische;
9. die diphtheritische;
10. die syphilitische;
b) durch Sprosspilze entstanden:
11. die E. blastomycetica;
c) durch Protozoen entstanden:
12. die Amöben-Endometritis.

W. zweifelt nicht, dass auch von den bisher nicht als bakteriell erkannten Formen sich im Laufe der Zeit noch manche als bakteriell enthüllen werden.

1. E. in Folge von Circulationsstörungen.

Sie kommt als einfacher Uterus-Katarrh am häufigsten zu Stande, wenn bei zu starker Congestion der Rückfluss des Blutes gehindert war, z. B. bei Obstipation, Lageveränderungen und Neubildungen des Uterus und Affectionen der Ovarien („oophorogene E.“), Anomalien der Blutmischung (Chlorose,

Leukämie), endlich bei Erkrankungen entfernter Organe (Blase, Nieren, Darm).

2. a) Bei Verbrennungen und Vergiftungen (z. B. Phosphor).

2. b) Bei acuten Infectionskrankheiten, und zwar entweder durch deren Erreger selbst oder durch ihre Stoffwechselproducte (Cholera, Pocken, Typhus, Influenza etc.).

3. Durch Zurückbleiben der Decidua oder einzelner Theile derselben.

4. Die E. exfoliativa, von manchen als nervöse Affection aufgefasst, hält W. für Folge einer Entzündung.

5. Gonorrhoe ist nächst der Urethra (85—100 Proc.) am häufigsten im Uterus localisirt (Cervix 37—47 Proc., Corpus 50 Proc.). — Siehe unten: Wertheim.

6. Tuberculöse E., bei weitem seltener.

7. E. septica puerperalis (Strepto- und Staphylococcen, erstere gleichwerthig mit den Erysipel-Coccen; in neuerer Zeit ist ferner das Bacter. coli commune bei E. gefunden worden).

8. E. saprophytica (Proteus vulgaris, Bac. pyogenes foetidus u. A.); hieher gehört wahrscheinlich auch die E. purulenta senilis, die sich durch reichliche eiterige Ausscheidungen bei Greisinnen auszeichnet.

9. Die puerperale E. diphtheritica ist fast stets durch Streptococcen und nicht durch den Löffler'schen Bacillus erzeugt.

10. E. syphilitica; selten, aber z. B. bei Cervix-Ektropium durch primäre Infection der Schleimhaut sicher möglich.

11. und 12. durch Soorpilz und durch Amoeben erzeugte E.

W. bespricht dann eingehend die Wege der Infection in den einzelnen Lebensaltern.

II. **v. Winckel**-München: Symptomatologie der Endometritis.

Er theilt sie, ohne Rücksicht auf die Ursachen, nach Ort und Zeit ihrer Entwicklung ein und zwar:

1) in solche am Krankheitsherde, also am Uterus und seiner unmittelbaren Umgebung in den Genitalien,

2) an den Nachbarorganen (Harnröhre, Blase, Mastdarm, Nervenplexus) und

3) allgemeine Erscheinungen.

Zu 1) Störungen am Krankheitsherde; diese lassen sich in die functionellen (Anomalien der Secretion, Menstruation, Conception, Gravidität, des Partus und Puerperium) und nutritiven theilen.

W. bespricht auf das Eingehendste alle Einzelheiten dieser Störungen, sowie des Verlaufs der E. und gibt zum Schluss eine tabellarische Zusammenstellung der einzelnen Krankheitsbilder nebst den Literatur-Nachweisen.

C. Ruge-Berlin: Endometritis cervicalis mit besonderer Berücksichtigung der Laceration des Ektropiums, der E. und der Erosion.

Die E. cervicalis zeigt wesentlich Anomalien der Secretion. Durch Secret-Stauung entstehen Retentionscysten (Naboths-Eier) oder polypöse Wucherungen. Der Drüsenapparat kann aber auch activ wuchern. Ulcera kommen nicht im Corpus, wohl aber an der Portio vor. Die Epithelgrenzen werden oft verschoben und zwar nach unten und oben: Erosion der Portio als Umwandlung des mehrfach geschichteten Epithels im Cylinder-Epithel, und andrerseits Epidermidalisirung des Cervix-Epithels.

Die Aetiologie der E. cervicalis bilden oft Risse mit nachfolgendem Ektropium; dieses ist aber nicht mit Erosion zu verwechseln: die Erosion gehört zur Portio, das Ektropium zum Cervix. Die Beziehungen der E. cervicalis zur E. corporis sind gering, beide kommen oft unabhängig von einander vor.

Bumm-Basel: Zur Aetiologie der Endometritis.

Er bespricht die Beziehungen der Bakterien zur chronischen E. und kommt zum Ergebniss, dass es sowohl Formen von chronisch hyperplasirender als von chronisch katarrhalischer E. gibt, die ohne Bakterien-Einwirkung bestehen können. In 29 Fällen fand B. keine Bakterien, in 15 Fällen verschiedene Bakterien, besonders Bacillen und Staphylococcen, die er aber nicht als Erreger, sondern als zufällige Begleiter der E. ansieht. Das schliesst nach seiner Ansicht nicht aus, dass die Schleimhauterkrankung als Folge einer acut septischen oder gonorrhoischen Infection übrig bleibt.

Wertheim-Wien: Ueber Uterus-Gonorrhoe.

Die Arbeit W.'s ist von der grössten Wichtigkeit, denn er weist darin einwandfrei die gonorrhoische Natur vieler Fälle von chronischer E. nach und zwar fand er nur Gonococcen, also keine Mischinfection in diesen Fällen. Das Material boten ihm Uteri, welche Schauta bei Exstirpation gonorrhoischer Adnexe mit entfernt hatte. In 8 Fällen konnte er im Uterus dann Gonococcen nachweisen, in 3 Fällen waren sie vor der Operation im Secret gefunden worden, in 1 Fall hatten sich in den Adnexen, später aber nicht im Uterus Gonococcen nachweisen lassen, in 6 Fällen fehlten Gonococcen in Uterus und Adnexen.

Die Gonococcen fanden sich sowohl dem Epithel rasenartig aufgelagert als im Bindegewebe. In der Tiefe werden sie immer spärlicher, in der Uterusmuscularis konnte er sie bis jetzt noch nicht nachweisen, er hält aber auch die dabei vorkommende Metritis für gonorrhoisch.

Wo W. Gonococcen fand, liessen sich keine anderen Bakterien nachweisen.

Die Formen der E. waren sowohl die der E. interstitialis als der E. glandularis. Im Cervix pflegen die entzündlichen Veränderungen gegen das Orif. ext. abzunehmen. — Der innere Muttermund besitzt nicht die ihm zugeschriebene Bedeutung als Hinderniss für die ascendirende Gonorrhoe. Das Höhersteigen der Infection kommt besonders im Puerperium, weit seltener durch Menses, Coitus, intrauterine Behandlung zu Stande.

Döderlein-Leipzig: Beziehungen der Endometritis zu den Fortpflanzungsvorgängen.

D. bespricht: 1) Die Einwirkung einer Endometritis auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, und zwar die erschwerte Conception, den einfachen und habituellen Abort, die Eihaut- und Placentar-Anomalien (Placentar-Infarct u. s. w.) mit ihren Folgen auf die Entwicklung des Kindes. Die Formen der E. deciduae werden beschrieben und auf das Fehlen neuerer systematischer anatomischer Untersuchungen hingewiesen, da seit Hegar's Arbeiten dieses Gebiet wenig gefördert worden sei.

Die Bezeichnungen „katarrhalische, purulente, diphtheritische E." u. s. w. will D. durch die ätiologischen Bezeichnungen „pyogene und saprämische E. puerperalis" ersetzen. Die pyogene E. ist die häufigste Erkrankung der Wöchnerin und von ihr gehen meist die schweren Allgemein-Infectionen aus.

Fehling-Halle: Behandlung der Endometritis.

A. Acute E. 1) Puerperale E. Bei Fieberbeginn Desinfection der Scheide und damit des unteren Collumtheils durch 2—3stündlich ausgeführte Scheidenspülungen; gehen die Erscheinungen nach 24 Stunden nicht zurück, dann auch Uterusausspülungen (2—3 Liter 2proc. Carbols., 2—3promill. Kalium hypermang. etc.). Ergotin, Eisblase. Keine Ausschabung bei acuter puerperaler E.; Jodoformgaze-Tamponade nur bei starker Blutung.

2) Acute, nicht puerperale E. Meist durch Gonorrhoe bedingt, seltener durch Eitercoccen, sowie im Gefolge acuter Infectionskrankheiten; bei letzteren bedarf die E. keiner Behandlung. Bei den übrigen Formen Bettruhe, Eis, Narcotica. Bei gonorrhoischer Erkrankung des Cervix keine intrauterine Behandlung, sondern hauptsächlich Scheidenspülungen. Bei sicherer E. ohne Adnexentzündung locale Aetzung (50proc. Carbol-Alkohol, 20proc. Chlorzink u. s. w.).

B. Chronische E. I. E. corporis. Bei E. auf constitutioneller Basis (Anämie, Chlorose, Tuberculose) keine locale, sondern Allgemeinbehandlung, ebenso keine locale Behandlung bei acuter und subacuter Entzündung des Uterus und seiner Anhänge. Wenn aber locale Behandlung nöthig ist, muss bei ungenügender Weite des Cervix eine Dilatation (mit harten

Stiften, Gaze oder Quellstiften und zwar besonders Laminaria) ausgeführt werden; strenge Asepsis.

Erweiterung des Cervix behufs Austastung ist auf die Fälle zu beschränken, wo 1) Verdacht auf maligne Neubildung vorliegt, 2) zur Diagnose bei Polypen und 3) bei Recidiven trotz wiederholter Ausschabung.

Arten der intrauterinen Behandlung: a) Flüssige Arzneimittel, besonders unter Einbringung mit Playfair's Sonde, während sich ihm das amerikanische Silberstäbchen weniger bewährte; auch die Braun'sche Intrauterinspritze hält F. für gefährlicher. Empfehlenswerth ist die mit Watte am Endtheil zu umwickelnde Spritze von Lantos.

Arzneimittel bei Blutungen: 10—20proc. Jodtinctur, 50proc. Carbol-Alkohol, 10—20proc. Chlorzinklösung etc.; Arzneimittel bei Katarrh der Schleimhaut: Dieselben Mittel, ferner Acet. pyrolign. crud., Sol. argent. nitr. 5—30 Proc.

b) Feste Arzneimittel: Intrauterinstifte, Antrophore etc. — nicht rathsam.

Auch die Uterusausspülung hält F. für wenig wirksam, da sie hauptsächlich nur dort die Schleimhaut trifft, wo das Katheterauge liegt. Er empfiehlt mehr die Auswischung der Uterushöhle mit Wattestäbchen, die in Antiseptica getaucht sind, oder die therapeutische Uterustamponade. — Galvanisation besonders bei klimakterischen Blutungen.

Das Hauptverfahren ist gegenwärtig die Abrasio mucosae. Anzeigen dazu: 1) Diagnostische Ausschabung, 2) therapeutische A. bei E. fungosa, E. deciduae post partum et abortum, E. exfoliativa; bei chronisch-katarrhalischer E. im Allgemeinen besser nicht Ausschabung, sondern Aetzung. Contraindication: Acute und subacute Entzündungen des Uterus und der Adnexe. — F. bespricht dann eingehend die Technik der Ausschabung. Er räth, sie nicht ambulant zu machen und 4—8tägige Bettruhe folgen zu lassen. Zur Nachbehandlung 1—2 Aetzungen am 4. und 8.—10. Tage.

Misserfolge zeigten sich nach verschiedenen Beobachtern in 10—19 Proc. 3—4 Ausschabungen in einem Jahre, oder im Ganzen 10—15malige Abrasio hält F. für zwecklos; bei Myomen und recidivirender schwerer Metritis kann statt der Ausschabung Castration oder Exstirpation des Uterus nöthig werden.

II. E. colli. Stets local zu behandeln; Scheidenspülungen (liegend), Pulverbehandlung oder Aetzungen mit Wattesonden, bei hyperämischer Portio Scarificationen; Eröffnung der Ovula Nabothi; Glycerin-Tampon. Bei ausgebreiteten echten Erosionen Abschabung mit scharfem Löffel, Stichelung mit spitzem Paquelin-Brenner. Besteht neben dem Katarrh Hypertrophie des Collum, dann Excision der Schleimhaut nach Schroeder oder keilförmige Excision.

(Schluss folgt.)

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 12. Juni 1895.

Da die angekündigte Tagesordnung aus äusseren Gründen nicht innegehalten werden kann, finden eine Reihe kürzerer Demonstrationen statt. Hervorgehoben sei:

Herr **Oppenheim** demonstrirt 2 Fälle von **Diplegia spastica cerebralis,** ausgezeichnet sowohl durch die Ausgeprägtheit der Symptome, der ausserordentlichen Aehnlichkeit beider untereinander, sowie durch das Verwandtschaftsverhältniss beider (Mutter und Tochter). Bei der ersteren, die völlig normale Intelligenz zu besitzen scheint, ist noch eine völlige, in der Krankheit begründete Stummheit besonders hervorzuheben. Die Tochter, etwas dement, besitzt alle Symptome der Krankheit wie die Mutter, nur nicht in so hohem Grade. Sie spricht etwas, ähnlich wie Patienten mit Bulbärparalyse.

Herr **Nasse** stellt eine Familie vor, die, wie auch eine Anzahl entfernterer Verwandten, eine eigenthümliche sehr starke Hypertrophie des Zahnfleisches zeigen, so dass stellenweise nur ein schmaler Rand der Zähne hervorragt. Sonstiges Verhalten normal. Herr Virchow gibt hierzu an, dass eine ähnliche Affection bei einem gewissen Indianerstamm häufig beobachtet wird.

Herr **Israel** demonstrirt Präparate einer bei einem Phthisiker durch medicamentöse Gaben von Plumbum aceticum herbeigeführten acuten Bleiintoxication.

Herr **Hahn** berichtet über einen Fall von Milz-Echinococcus bei einer 35jährigen Patientin, die er durch Exstirpation der Milz geheilt hat. A. L.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 11. Juni 1895.

Vorsitzender: Herr Rumpf.

I. **Demonstrationen.** 1) Herr Thost zeigt eine Schornsteincanüle aus Gummi für tracheotomirte Kinder mit Trachealstenose. Die Idee zu dieser Canüle kam Th. durch die von Mieulicz angegebene Schornsteincanüle aus Glas. Die Gummicanülen bleiben durchschnittlich 14 Tage liegen und haben sich bei Th. bewährt. Demonstrationen zweier Kinder, die die Canüle tragen.

2) Herr Alsberg demonstrirt einen Mann, an dem er vor 3 Jahren wegen Pyloruscarcinom eine Gastroenterostomie gemacht. Pat. war bis vor 3 Wochen ganz wohl und arbeitsfähig. Erst jetzt stellen sich wieder Erscheinungen seitens des Magens und allgemeine Abmagerung ein. Im Abdomen ist ein Tumor zu palpiren. Die lange Dauer der Euphorie spricht für den Werth der Operation auch bei Carcinom.

3) Herr Wiesinger demonstrirt a) eine wallnussgrosse Knochengeschwulst, die er aus der Orbita eines Mannes entfernt hat. Der Tumor hatte seit 2 Jahren Beschwerden gemacht und sass am obern Dach der Augenhöhle. Die einfache quere Incision oberhalb des Bulbus genügte nicht, erst nach Eröffnung des Sinus frontalis gelang die Exstirpation ganz leicht, ohne den Bulbus irgendwie zu verletzen. Heilung.

b) Wollfäden, die spontan ausgestossen wurden.

Ein 22jähriges Mädchen hatte sich vor 4 Jahren eine mit einem Wollfaden armirte Stopfnadel aus Versehen in den Handrücken gestossen. Die Nadel wurde wieder extrahirt, jedoch ohne die Wolle. Nach 3 Tagen war die Stichwunde vernarbt. 8—14 Tage später entstanden neben den Strecksehnen der Hand kleine rothe Pünktchen, die als rothe Wollfasern erkannt und extrahirt wurden. In der Folge wanderten immer neue Wollfäden an die Oberfläche. Der Process dauerte 4 Jahre lang; die Fäden wanderten bis zur Vola manus und dem Ellenbogen. Im Laufe der Zeit wurden 2—3000 Fäden extrahirt. Einzelne grössere Incisionen brachten grössere Mengen zu Tage, ohne radical zu helfen. Die Hand und Finger blieben übrigens stets beweglich und functionsfähig.

4) Herr Aly berichtet über folgenden Fall:

Am 8. Mai d. Js. machte A. bei einer Frau wegen doppelseitiger Adnexerkrankungen eine Laparotomie. Es bestanden starke Verwachsungen der Uterusanhänge und es erfolgten bei der Lösung der Adhäsionen starke Blutungen, als deren Quelle rechterseits die angerissene V. iliaca erkannt wurde. Die Heilung ging Anfangs gut von statten. Als Patientin am 15. Tage post oper. aufstand, bekam sie heftige Schmerzen im Abdomen und Tags darauf Ileuserscheinungen. A. öffnete 17 Tage nach der ersten Operation das Abdomen wieder, fand ein blutig-seröses Peritonealexsudat und eine halbe Achsendrehung einer Dünndarmschlinge. Bei den Versuchen, dieselbe zu lösen, erfolgte eine heftige Blutung aus einer angerissenen Mesenterialvene, die erst durch Umstechung stand. Da der Darm an dieser Stelle bläulich verfärbt erschien, resecirte A. ein 73 cm langes Stück desselben (Demonstration) und vereinigte die Enden mit Murphy's Knopf. Die jetzt versuchte Reposition der Darmschlingen in die Bauchhöhle machte grosse Schwierigkeiten; bei diesen Versuchen kam es zu einem Darmriss neben der Vereinigungsstelle der resecirten Enden. Nach Naht dieses Risses gelang die Reposition. Trotz aller dieser Complicationen geht es Patientin heute gut; der Knopf wurde am 16. Tage per vias naturales entleert.

A. erwähnt noch, dass die Bauchnaht, die nur mit Seide gemacht war, bei der 2. Laparotomie, also 14 Tage nach der Anlegung, sich als völlig fest erwies. A. führt dies darauf zurück, dass er nur den Bauchschnitt in der Linea alba macht, die Naht aber durch den M. rectus legt, wodurch eine feste Vernarbung zu Stande kommen soll.

II. Herr **Unna: Ueber ein durch Streptococcen erzeugtes Exanthem.**

U. berichtet über ein interessantes pockenartiges Exanthem, welches bei einem 1jährigen Kinde nach Masern auftrat und durch Streptococcen erzeugt wurde. In den jüngsten Bläschen befinden sich letztere nur innerhalb der Blutcapillaren der Haut, besonders des Papillarkörpers. Trotzdem besteht um diese Zeit schon eine ausgebildete, fächerförmige und daher pockenähnliche Colliquation und Nekrose der Oberhaut, die sich radrär von den Coccenthromben nach oben hin ausbreitet. Im 2. Stadium wandern die Streptococcen in die Lymphspalten des Papillarkörpers aus und von hier in das vorgebildete Höhlensystem der Efflorescenz, hauptsächlich in der Peripherie, während die centralen Höhlen oberhalb der centralen primären Coccenthromben der Cutis zunächst noch frei bleiben. Im 3. Stadium endlich werden die sämmtlichen Höhlen von Streptococcen erfüllt und austapezirt, während die Cutis von denselben allmählich wieder frei wird.

U. schliesst aus diesem Gange der Bakterieninvasion, dass eine complicirte Efflorescenz von der Structur der Pocke nicht nothwendiger Weise die Einwanderung der Organismen in die Oberhaut selbst zur Voraussetzung hat, sondern schon durch Ansiedelung der Organismen in den Capillaren des Papillarkörpers erzeugt werden kann. — Da die Efflorescenzen auf der Höhe ihrer Entwickelung ganz frei von Leukocyten sind, so zeigt der Fall wieder einmal, dass eine seröse Entzündung höchsten Grades bestehen und zur Nekrose führen kann, ohne dass Leukocyten irgendwo emigriren. Er lehrt sodann, dass eine totale Thrombose der Haut mit stark infectiösen Coccen statt haben kann, ohne dass es zur Bildung von Hautblutungen kommt; die Purpura erzeugenden Organismen müssen daher ganz eigenartige, speciell die Endothelwand der Capillaren angreifende Toxine erzeugen.

Schliesslich ist der Fall einer der Beweise, dass die Haut rasch wachsende Organismen beherbergen kann, welche auch die Capillaren der Knäueldrüsen und deren Gänge erfüllen, ohne dass irgendwo eine Absonderung der Organismen durch den Schweissapparat stattfindet, wie man es neuerdings nach sehr anfechtbaren Untersuchungen des Schweiss-Secrets angenommen hat. U. sieht in diesem Falle ein Vorbild der Pocken selbst, nach welchem man sich ein Bild dessen machen kann, was man bei den acuten Exanthemen, deren Organismen noch unbekannt sind, zu erwarten hat.

Discussion: Die Herren Voigt, Philippson, Prof. Dunbar, E. Fraenkel und Unna. Jaffé.

Aerztlicher Verein Nürnberg.

(Officielles Protokoll.)

IV. Sitzung vom 21. Februar 1895.

Herr **Cnopf sen.** referirt über 18 Fälle von **Diphtherie,** die er in den Monaten October bis December im Nürnberger Kinderspital beobachtet hat und bei denen durch Cultur und Mikroskop das Vorhandensein des Löffler'schen Bacillus nachgewiesen werden konnte. Die gemachten Beobachtungen beschränkten sich auf 9 Knaben und 9 Mädchen. Dieselben traten durchschnittlich am 3.—4. Krankheitstag in Behandlung und zeigten zu dieser Zeit eine meist ziemlich verbreitete Diphtherie. Von den 18 Diphtheriekranken waren bei 18 die Drüsen, bei 17 die Mandeln ergriffen, bei 14 der Kehlkopf verengt, bei 13 auch die Schlundschleimhaut entzündet, oder diphtheritisch belegt, bei 5 war die Bronchialschleimhaut betheiligt und bei 2 waren bereits die Nieren erkrankt. Es waren demnach von den 6 Organtheilen im Durchschnitt 5,5 in Mitleidenschaft gezogen. Der Umstand, dass die Ausbreitung dieses Processes bereits am 3.—4. Krankheitstag zu constatiren war, wird noch bedeutungsvoller und schwerwiegender durch das Alter der Erkrankten. Dieselben standen im Alter von 0—1 1, 1—2 1, 2—3 8, 3—4 5, 5—6 1, 7—8 2.

Es gehörte demnach die grössere Hälfte dem zartesten Alter 0—3 an, das durch die Erkrankung an Diphtherie ganz besonders gefährdet ist.

Es war demnach der Therapie, die sich jedoch nicht auf Einspritzungen allein beschränkte, sondern auch eine locale Behandlung in Anwendung brachte, eine nicht geringe Aufgabe gestellt.

Seruminjectionen wurden 28 gemacht, und zwar 14 mal mit Serum I, 14 mal mit Serum II. Bei 9 Kindern wurde nur 1 mal, bei 8 2 mal, bei einem 3 mal injicirt.

Es kommen auf das einzelne Kind 1400 Antitoxinnormaleinheiten. Am 1. Tag wurden 16 Kinder, am 2. Tag 6, am 3. Tag 3, am 5. Tag 1 Kind, am 8. Tag 1, am 9. Tag 1 injicirt.

Was nun die Wirkung des Mittels anbetrifft, so kann im Allgemeinen angenommen werden, dass es die den Process begleitenden febrilen Erscheinungen mildert. Die Temperaturverhältnisse des einzelnen Falles sind zu verschiedener Natur, als dass sich aus ihnen ein klares Bild gewinnen liesse, nur aus einer Zusammenstellung der Tagesdurchschnittstemperaturen lässt sich der allmähliche Rückgang constatiren. Die Temperatur betrug

am 1.	Tag	nach	der	Injection	bei	81	Messungen	38,35
„ 2.	„	„	„	„	„	73	„	38,10
„ 3.	„	„	„	„	„	66	„	37,60
„ 4.	„	„	„	„	„	61	„	37,48
„ 5.	„	„	„	„	„	53	„	37,20

Ausser Zweifel ist demnach, dass eine antipyretische Wirkung, wie wir sie bei den uns zur Verfügung stehenden anderen Mitteln zu sehen gewohnt sind, nicht beobachtet werden konnte.

Der Abfall der Temperatur war kritisch 8 mal, lytisch 9 mal. Die Normaltemperatur wurde erreicht am 2. Tag 2 mal, am 3. Tag 6 mal, am 4. Tag 6 mal, am 5. Tag 3 mal, am 8. Tag 1 mal, also durchschnittlich am 3.—4. Tag.

Nimmt man aber die zeitweis auftretenden Recidive als zum continuirlichen Fieberverlauf gehörig hinzu, so trat die Entfieberung erst am 5.—6. Tag ein.

Der Process in der Nase besserte sich durchschnittlich am 3.—4. Tag, so dass am 7.—8. Tag die Nase frei war. Der Vorgang auf der Rachenschleimhaut und den Mandeln war durchschnittlich am 5. Tag geschwunden; nimmt man aber auch hier die zuweilen auftretenden Recidive hinzu, so war dies erst am 6.—7. Tag der Fall. Ist eine Vergleichung mit früheren Erfahrungen zulässig, so würde sich zu Gunsten des Heilserums eine Abkürzung des localen Processes um 3—4 resp. 5—6 Tage ergeben.

Schwieriger zu beurtheilen ist der Vorgang auf der der directen Beobachtung schwer zugänglichen Kehlkopfschleimhaut. Nach den gemachten Beobachtungen besserten sich die Erscheinungen von Seiten des Kehlkopfes durchschnittlich am 3. Tag und waren verschwunden am 6.—7. Tag. Die Heftigkeit der Kehlkopferkrankung der behandelten 18 Kinder geht am besten aus der Thatsache hervor, dass von denselben 9 eines operativen Eingriffes bedurften. Da nun 5 tracheotomirt und bei 8 die Intubation vorgenommen wurde, so liegt darin ein Beweis für das Bestreben, die Tracheotomie wo möglich zu vermeiden. Denn nur bei einem wurde sofort die Tracheotomie vorgenommen, bei allen übrigen die Tuba ein oder mehrmals vorher eingeführt.

Die bei sämmtlichen Kindern vorhandenen Drüsenschwellungen kamen zu keiner weiteren Entwicklung. Ihr Rückgang erfolgte durchschnittlich am 9.—10. Tage.

Die Hälfte unserer Kinder zeigten einen grösseren oder geringeren Eiweissgehalt des Urins. Da derselbe bereits wiederholt am 1. Tag zu constatiren war, so hat man kein Recht, die Seruminjection dafür verantwortlich zu machen. Der Beginn desselben fiel in die ersten 10 Tage und dauerte im Durchschnitt 4—5 Tage an, ohne sonstige üble Rückwirkungen hervorzurufen.

Die Einspritzungen hatten deutlich meist gar keine Reaction, in wenigen Schwellung und Sugilation des Unterhautzellgewebes zur Folge. Zweimal entstund darnach ein Nesselausschlag vom 8.—13. Tag, der 2—3 Tage anhielt, zweimal entstund am 3.—5. Tag ein diffuses Erythem.

Entlassen wurden die Kinder durchschnittlich am 16. bis

17. Tag. Gestorben sind nur 2. Eines innerhalb der ersten 24 Stunden an Herzschwäche und eines, das bereits genesen entlassen und 10 Tage bei den Seinigen war, bekam am 30. Tag unter Fieber Kopfschmerz und Erbrechen, Gaumenlähmung, Lähmung der Ober- und Unter-Extremitäten und eine Lungenentzündung, (Schluckpneumonie) an der es am 41. Krankheitstag starb.

Bringt man nur das an der im Gang befindlichen Diphtherie Gestorbene in Berechnung, so ist das Mortalitätsverhältniss 5 Proc., bringt man aber auch das an den Folgen derselben zu Grunde Gegangene in Ansatz, so ist das Mortalitätsverhältniss 11 Proc., ein Ergebniss, wie es seit dem Bestehen des Kinderspitales noch nicht vorgekommen ist. Eine Zusammenstellung der Mortalitätsverhältnisse von 8 vorhergegangenen Jahren ergibt, dass die Mortalität zwischen 40,74 und 54,0 geschwankt und im Durchschnitt 46,76 betragen habe. In den Monaten Januar bis October 1894 wurden 42 diphtheriekranke Kinder behandelt, von denen gestorben sind 28 = 66,66 Proc., genesen 11 = 26,19, ungeheilt oder auf Wunsch entlassen 3 = 7,14 Proc.

Es ist nun kaum anzunehmen, dass der gewaltige Umschwung in den Mortalitätsverhältnissen durch plötzlich eingetretenen Umschwung in dem Charakter der Epidemie zu begründen sei. So schwer es ist, darüber sicher zu urtheilen, so gibt es doch gewisse Anhaltspunkte, die ein Urtheil ermöglichen. Ein gewisses Kriterium für den Charakter einer Diphtherieerkrankung ergibt die Mitbetheiligung des Kehlkopfes und die dadurch bedingten operativen Eingriffe. In den Monaten Januar bis October mussten bei 42 Kindern an 20 = 47,61 Proc. operative Eingriffe vorgenommen werden, während in den Monaten October bis December von 18 Kindern 9 = 50,0 Proc. operative Hülfe nöthig hatten.

Ebenso wenig kann für den derzeitigen günstigen Erfolg die frühere Inangriffnahme der Behandlung in Betracht kommen.

Von den in den ersten 9 Monaten aufgenommenen 42 Kindern stehen über 38 die entsprechenden Angaben zur Verfügung, aus denen hervorgeht, dass sie durchschnittlich ebenfalls erst am 3.—4. Tag in Spitalbehandlung genommen worden seien, wie dies in den Monaten October bis December der Fall war.

Schliesslich muss noch ein Punkt hervorgehoben werden, der die Mortalität wesentlich beeinflusst, das ist das Alter der Erkrankten.

In den ersten 9 Monaten dieses Jahres standen von der Gesammtsumme der Behandelten nur 23,78 Proc. in dem zartesten Alter von 0 – 3 Jahren, während in den letzten 3 Monaten 55,55 Proc. derselben Altersclasse angehörten.

Bei objectivster Beobachtung kann man wohl nicht umhin, dem Heilserum einen günstigen Einfluss auf das starke Sinken der Mortalität zuzuschreiben. Die Bestätigung dieser Resultate muss erst die Folgezeit bringen.

V. Sitzung vom 7. März 1895.

Herr **Oskar Stein** erläutert die feinere Anatomie des Rückenmarks und des Gehirns an nach Pal und Weigert gefärbten Präparaten vermittelst des Skioptikons.

Herr **Simon** demonstrirt ein sehr grosses multiloculäres Ovarialkystom von einem 17jährigen Mädchen stammend.

Herr **Neuberger** stellt folgende Fälle vor:

1) Einen Fall von circumscripter maligner Lues.

2) Einen Fall von Dermatitis herpetiformis Duhring.

3) Einen Fall, in dem nach papulösem Exanthem lang dauernde (über ein Jahr schon bestehende) Pigmentationen mit stellenweiser Atrophia macul. zurückgeblieben waren.

Wiener Briefe.

(Originalbericht.)

Wien, 15. Juni 1895.

Die Wiener Kliniken. — Ein Delegirtentag der österreichischen Amtsärzte. — Unterstützungsverein der k. und k. Militärärzte. — Unterbindung der Art. subclavia. — Ein geheilter Fall von Tetanus traumaticus.

Die Gynäkologen Deutschlands hatten in der Vorwoche abermals Gelegenheit, den trostlosen Zustand unserer geburtshilflichen Kliniken, an welchen trotz alledem Hervorragendes geleistet wird, in Augenschein zu nehmen und sich dabei allerlei Gedanken hinzugeben. Einige Tage später kam dieselbe Sache, anlässlich der Berathung des Capitels „Hochschulen“ im Budget-Ausschusse unseres Abgeordnetenhauses, öffentlich zur Sprache, und der Berichterstatter Prof. Dr. Beer nahm Anlass, diese notorischen Uebelstände zu rügen und um baldige Abhilfe zu bitten. Die Verhältnisse an den Wiener chirurgischen und gynäkologischen Kliniken, nicht minder an den Augen- und Ohrenkliniken erfordern dringendst eine Besserung. Seit mehreren Jahren, sagte Prof. Beer, haben die Verhandlungen des Abgeordnetenhauses das hohe Interesse bekundet, welches allseitig von Seite der Vertretungskörper dieser Angelegenheit entgegengebracht wird, und aus der Initiative des Budget-Ausschusses ging der Antrag hervor, einen Credit von 8 Millionen Gulden zu bewilligen. Ohne Widerspruch zu finden wurde das Gesetz einstimmig beschlossen. Aber es dürfte sich schlechterdings ein Analogon in anderen Staaten nicht nachweisen lassen, dass der Erfüllung berechtigter Forderungen so wenig entsprochen wird wie in Oesterreich. Seit Jahren schleppen sich die Verhandlungen über die Errichtung eines physiologischen und eines hygienischen Institutes in Wien hin. Die Anträge des Lehrkörpers und die energischen Befürwortungen des Parlaments verpuffen ohne Wirkung . . .

Fürwahr ein harter Tadel! Der Unterrichtsminister quittirte denselben auch vollkommen, sprach ebenfalls davon, dass die räumlichen Zustände im allgemeinen Krankenhause, woselbst alle Kliniken untergebracht sind, sich als unhaltbar erwiesen haben und bezeichnete es ebenfalls als dringendste Pflicht der Unterrichtsverwaltung, diese Missstände zu beseitigen und die Kliniken in einer dem Bedürfnisse und den Anforderungen der Wissenschaft und Humanität, der Würde und dem Ansehen des Reiches entsprechenden Weise auszugestalten.

Es fehlt also, wie man sieht, weder an der richtigen Einsicht der Nothwendigkeit einer Abhilfe, noch an den hiezu erforderlichen Mitteln. Man weiss nur nicht, welches „Project“ des Um- oder Neubaues der Kliniken man acceptiren solle, da ihrer drei existiren, man macht noch „Studien“ und „pflegt Unterhandlungen“, man „hofft“ jedoch, dass all' dies „in nicht allzu ferner Zeit“ zu einem positiven Resultate führen werde. Versprechungen — nichts als leere Versprechungen! Des Einen sind wir überzeugt: Die zweite polnische Universität in Lemberg wird sicherlich in der hiefür geplanten Zeit vollkommen creirt sein, während man für die Wiener Hochschule noch lange Projecte studiren und Unterhandlungen pflegen wird. Die Reichshauptstadt liegt leider nicht in — Polen!

Ende des Vormonates hielten die k. k. Bezirksärzte Oesterreichs in Wien einen Delegirtentag ab, und man einigte sich schliesslich dahin, an die hohen Häuser des Reichsrathes Petitionen zu überreichen, in welchen um materielle Besserstellung der Amtsärzte gebeten wird. Diese Petitionen sind vor einigen Tagen dem Herren- und Abgeordnetenhause durch ärztliche Vertreter überreicht worden. Ein Passus der Petition lautet bezeichnend: „Soll das öffentliche Sanitätswesen in Oesterreich jene hervorragende Stellung, die es in den letzten Jahren errungen hat, bei den täglich sich steigernden Anforderungen auch in Zukunft bewahren, dann ist es erforderlich, dass auch das Ansehen und die Stellung der k. k. Amtsärzte als der ausübenden Organe entsprechend gehoben und deren materielle Lage derart verbessert werde, dass sich dieselben, mindestens von den drückendsten Nahrungssorgen frei, ihrem verantwortungsvollen, körperlich und geistig aufreibenden Dienste widmen können.“ Die Amtsärzte sprechen von einer „kränkenden Zurücksetzung“ gegenüber den anderen Kategorien von akademisch gebildeten Beamten und führen aus, dass sie im Avancement sogar jenen Staatsbeamten-Kategorien, welche keine Hochschulbildung genossen, nachstehen. — Hoffentlich werden

deren Wünsche berücksichtigt werden; es besteht ja in neuerer Zeit auch sonst die Neigung, alle unsere Staatsbeamten besser zu honoriren und unsere Amtsärzte bilden wohl eine wichtige Kategorie derselben.

Höchst erfreuliche Resultate bot die jüngst abgehaltene Generalversammlung des Unterstützungs-Vereins für Wittwen und Waisen der k. und k. Militärärzte. Der Verein besitzt derzeit ein Vermögen von mehr als 200000 fl. in Effecten und konnte im Vorjahre an 134 Wittwen und Waisen von wirklichen Mitgliedern die regelmässigen Jahresbezüge und den weiteren 45 Wittwen eine zeitweilige Unterstützung, Alles in Allem 13400 fl. ausbezahlen und noch mehr als 6000 fl. erübrigen. Der Verein zählt derzeit 819 Mitglieder, welche jährlich mehr als 10000 fl. einzahlen. Hiezu kommen die Interessen des eigenen Vermögens, Legate und Schenkungen sowie das Reinerträgniss eines „Jahrbuch für Militärärzte", welches alljährlich zu Gunsten dieses Vereins herausgegeben wird. Auch dieser Verein kann als schöner Beweis werkthätiger Selbsthilfe gelten und sollte dessen Gedeihen auch andere ärztliche Kreise ermuntern, diese oder ähnliche Wege zu gehen.

In der jüngsten Sitzung unserer Gesellschaft der Aerzte stellte Prof. Gussenbauer 2 Fälle vor, deren jeder ein besonderes Interesse bot. Vorerst einen 54jährigen Fecht- und Turnlehrer, der ein Aneurysma der rechten Art. subclavia besessen, welches schliesslich, da die Digitalcompression nicht vertragen wurde, durch Unterbindung der genannten Arterie dicht oberhalb der Geschwulst zur Heilung gebracht wurde. Mit einem Schlage hörten die bis dahin bestandenen, argen Schmerzen im Schulterblatte, Rücken etc. auf, die Geschwulst pulsirte nicht mehr, wurde steinhart, nach einiger Zeit jedoch wieder weich und viel kleiner. Bemerkenswerth sind nun die sich hieran anschliessenden Ernährungsstörungen der rechten oberen Extremität. Die motorische Kraft derselben ist herabgesetzt, die Musculatur bis zur Hand herunter atrophisch, die Endphalangen der Finger trommelschlägelartig verdickt, die Nägel verbreitert, dabei die Sensibilität überall erhalten.

Der zweite Fall betraf einen 22jährigen Canalräumer, der fast 3 Wochen nach einem Unfalle, wobei er eine Rissquetschwunde der rechten grossen Zehe erlitt, von Tetanus traumaticus befallen wurde. Man sah sich wohl mit Tizzoni's Tetanusantitoxin vor, unterwarf aber den Kranken der Chloralhydrat-Morphiumbehandlung im Dunkelzimmer. Er bekam Anfangs 5, später täglich 6 g Chloralhydrat und gelegentlich gleichzeitig eine Morphiuminjection. Die einzelnen Symptome nahmen langsam ab und derzeit besteht bloss ein leichter Grad von Schwerbeweglichkeit in den Kiefergelenken. Die Behandlung wurde schon vor einigen Tagen sistirt.

Erwähnenwerth ist noch, dass in diesem Falle erst ein scharlachartiges, sodann ein multiformes Exanthem beobachtet wurde. Da man bei Anwendung des Antitoxins von Tizzoni das Auftreten dieses Exanthems mit der Injection in Verbindung brachte, so sei hervorgehoben, dass es in unserem Falle auch bei einer anderen Behandlungsweise zur Beobachtung gelangte.

Verschiedenes.

(Zum Process Mellage) wird uns geschrieben: Wenn auch vielfach die Tagespresse mit einer sehr gesunden Kritik der Vorgänge im Alexianerkloster zu Aachen hervorgetreten ist und das gesammte einsichtige Publicum einstimmig in grosser Entrüstung eine sofortige Abstellung dieser Missstände in dieser und in andern derartigen Anstalten dringend fordert, so ist es doch nothwendig, dass auch die Fachpresse sich mit dem Gegenstande beschäftigt.

Als im Frühjahr 1893 der „Verein deutscher Irrenärzte" seine Thesen aufstellte, denen ein einstimmiger und einmüthiger Beschluss zu Grunde lag, da waren es nicht nur die Bielefelder Aerzte, welche Einwendungen erhoben und das System des ärztlichen Wirkens unter geistlicher Leitung zu rechtfertigen suchten, nein, auch die Aerzte an katholischen Anstalten regten sich und der jetzt in seinem amtlichen Handeln so furchtbar durch den Process gegen Mellage und Genossen gerichtete Dr. Capellmann trat im ärztlichen Centralanzeiger mit grossem Eifer für das so vorzügliche im Alexianer-Kloster zu Aachen gehandhabte Verfahren ein.

Wie die Kranken dabei fahren, wenn der Arzt lediglich zur Bedeutung eines Baders herabsinkt, das zeigen die Zeugenaussagen dieses Processes. Zwangsmittel und Abschreckungsverfahren, welche die Psychiatrie vor 50 Jahren kaum oder überhaupt nicht gekannt hat, stehen auf der Tagesordnung.

Nicht der Arzt ist es, welcher die Behandlung bestimmt, sondern der geistliche Bruder, er versteht das besser als die Aerzte! Das ist die psychiatrische Behandlung eines durch keine Sachkenntniss in seinem Urtheil getrübten Laien. Schuster, Schneider und Handschuhmacher sind zum Theil auch die Wärter an den öffentlichen Irrenanstalten, aber es wird ihnen nicht zugemuthet, dass sie Geisteskranke behandeln sollen. Die Behandlung liegt in den Händen des Arztes, der Vorgesetzter des Wärters ist, diesem für den einzelnen Fall genau vorschreibt, was zu thun ist, der genau darüber wacht, dass seine Anordnungen ausgeführt werden, der den einzelnen Kranken genau kennt, weil er ihn mehrmals täglich sieht, und auf Grund seiner praktischen und theoretischen Ausbildung genau weiss, was im einzelnen Falle nützlich und förderlich ist.

Wie der Process Feldmann-Hamerling im vorigen Jahre zeigte, wie grundlos die gegen eine öffentliche Irrenanstalt und das Entmündigungsverfahren erhobenen Beschuldigungen waren, so zeigt der Process Mellage, wie dringend erforderlich es ist, dass Geisteskranke, auch wenn es unheilbare, hilfsbedürftige Geisteskranke, Idioten und Epileptiker sind, in Anstalten untergebracht werden, welche unter ärztlicher verantwortlicher Oberleitung stehen und staatlich überwacht werden. Als sich die Rheinprovinz zu ihren Abmachungen mit den geistlichen Orden entschloss, hat es nicht an warnenden Stimmen gefehlt, doch die verhallten kaum gehört, und die Rheinprovinz, welche früher mit ihren fünf neuen Anstalten allen andern Provinzen als leuchtendes Beispiel voranging, hat es jetzt erreicht, dass der Theil ihrer Irrenpflege, welcher mit den geistlichen Orden zusammenhängt, Deutschland mit einem Schrei der Entrüstung erfüllt. Auch gegen die zur Aufsicht verpflichtete Regierungsbehörde sind mit Recht schwere Beschuldigungen erhoben worden. Ein derartiges Treiben musste bekannt sein oder werden und sofort abgestellt werden. Wir meinen dabei weniger die sogenannte widerrechtliche Freiheitsberaubung des Pastor Forbes, wir schliessen uns hierbei dem non liquet von Ripping und Gerlach an, sondern denken an die abscheulichen Misshandlungen, denen die Kranken während langer Jahre ausgesetzt worden sind. Gegenüber den von einzelnen Sachverständigen vertretenen Anschauungen (wenn die Angaben in den Zeitungen richtig sind) von der Anwendung der Zwangsmittel in Irrenanstalten müssen wir bei dieser Gelegenheit betonen, dass es wohl kaum noch eine öffentliche Irrenanstalt gibt, in welcher der no restraint nicht durchgeführt ist, auf jeden Fall aber würde eine solche Anstalt, welche noch Zwangsmittel anwendet, nicht auf der Höhe der Zeit stehen und dem heutigen Stande des psychiatrischen Wissens und Könnens in keiner Weise entsprechen.

Wir schieben hier eine Erklärung ein, welche Scholz in der Tagespresse veröffentlicht, weil sie zeigt, wie weit einzelne Anstalten bereits in der freien Behandlung der Geisteskranken gehen.

„In dem berüchtigten Aachener Processe, der die scheusslichen Zustände des Alexianer-Klosters Mariaberg aufdeckte und sich zu einer schweren Anklage gegen die Anstalt und namentlich auch gegen die Anstaltsärzte gestaltete, hat einer der letzteren, Herr Dr. Capellmann, den Muth gehabt, mich als Gesinnungs- und Bundesgenossen zu reclamiren. Ich weiss nicht, womit ich gegen Herrn Dr. Capellmann gesündigt habe, dass er mir solches anthun konnte.

Nicht meinen Fachgenossen gegenüber, die mich alle kennen, sondern dem Publicum gegenüber weise ich diese Bundesgenossenschaft ausdrücklich und öffentlich zurück. Wir kennen in der bremischen Irrenanstalt weder Zwangs- noch Strafmittel, weder Isolirungen noch Tobzellen; sondern alles ist auf dem freiesten Fusse eingerichtet. Ich darf mich hierin auf meine zahlreichen Schriften beziehen. Desshalb ist es mir unerfindlich, wie Herr Dr. Capellmann derartige Anschuldigungen gegen mich erheben kann; es müsste denn sein, dass er die Verhandlungen des Vereins deutscher Irrenärzte vom Jahre 1893 falsch verstanden und die Misshandlungen Kranker in der Bremer Irrenanstalt, die von dem Bielefelder Pflegepersonal begangen worden waren, irrthümlicher Weise auf mein Conto geschrieben hat. Dr. Scholz, Director des St. Jürgenasyls.

Dass unsere höchste Staatsbehörde nicht gesonnen ist, Zustände wie im Alexianer-Kloster zu Aachen weiter zu dulden, geht daraus hervor, dass der Cultusminister die sofortige Schliessung der Anstalt angeordnet hat.

Im Landtag wird eine Interpellation eingebracht werden; dieselbe soll, wie folgt, lauten: „Welche Maassregeln hat die Regierung ergriffen oder beabsichtigt sie zu ergreifen, um die bei dem Process Mellage zu Tage getretenen, der Menschlichkeit, den Ergebnissen der ärztlichen Wissenschaft und den Gesetzen widersprechenden Zustände in privaten oder unter Leitung von Corporationen stehenden Irrenanstalten zu beseitigen oder eine durchgreifende staatliche Beaufsichtigung solcher Anstalten herbeizuführen?" Hoffen wir im Interesse der wahren Humanität, dass die Erörterungen hierüber nicht mehr von der Tagesordnung verschwinden und dass es künftighin unmöglich sein wird, Anstalten zur Bewahrung, Cur und Pflege von Geisteskranken, Epilptikern und Idioten zu gründen, ohne dass die verantwortliche ärztliche Oberleitung sichergestellt wird, und dass die vorhandenen, seien sie welcher Art sie wollen, so bald als möglich unter eine solche gestellt werden. Es wird dann auch bei einigermaassen gutem Willen der untergeordneten Regierungsorgane eine genügende staatliche Aufsicht mit Erfolg sich durchführen lassen.

(Aerztlicher Antisemitismus.) Ein Freund unseres Blattes übersendet uns folgenden Zeitungsausschnitt:

Ein menschenfreundlicher Arzt ist der Herr Dr. B. in Peine (Provinz Hannover). Derselbe veröffentlicht in der „Peiner Ztg." vom 19. Mai d. J. ein Inserat, in welchem er die Eröffnung einer Poliklinik anzeigt und gleichzeitig dabei bemerkt, dass Unbemittelte unentgeltlich behandelt werden. Er fährt dann in dem Inserat wörtlich fort: „Ausgeschlossen von dieser freien ärztlichen Behandlung sind: 1. Solche, welche ein Honorar bezahlen können; 2. Mitglieder von Krankencassen; 3. Kranke, welche z. Z. schon in ärztlicher Behandlung sind; 4. Juden. — Ein weiterer Commentar erscheint überflüssig.

Therapeutische Notizen.

(Ueber die Wirksamkeit des Cornutins) haben auf der Klinik des Prof. Chrobak in Wien Dr. H. Ludwig und R. Savor Versuche angestellt, welche zu dem Resultate führten, „dass kein Grund vorliegt, dem so viel theuereren Cornutin vor dem Ergotinum Bombelon in der Frauenheilkunde den Vorzug einzuräumen."

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 18. Juni. Der Process Mellage fährt fort, die deutsche Presse auf's Lebhafteste zu beschäftigen. Wenn man in der ersten Erregung über die empörenden Zustände in der Alexianeranstalt Mariaberg anfänglich vielfach zu weit ging und eine Reform der bestehenden Irrengesetzgebung verlangte, so hat unterdessen eine ruhigere Beurtheilung Platz gegriffen und mit wenigen Ausnahmen erkennt die Presse als Ursachen der Mariaberger Zustände ausser dem verfehlten System der geistlichen Irrenpflege die mangelhafte Anwendung unserer an sich vollkommen ausreichenden heutigen Verordnungen. Unter dem Drucke der öffentlichen Meinung scheint sich auch die preussische Regierung zu energischer Bekämpfung der zu Tage getretenen Uebelstände aufraffen zu wollen. Ausser der Schliessung des Klosters Mariaberg wird die Pensionirung des Medicinalrathes Dr. Trost, dem die Ueberwachung von Mariaberg obgelegen hätte, angekündigt. Hoffentlich bleibt man nicht auf halbem Wege stehen, sondern thut den einzigen Schritt, welcher eine wirkliche Besserung der Verhältnisse herbeizuführen vermag: nur solche Anstalten für die Pflege und Behandlung von heilbaren oder unheilbaren Geisteskranken, Epileptikern und Idioten zu dulden, in welchen die verantwortliche Oberleitung einem psychiatrisch durchgebildeten Arzte untersteht.

Die schweren Vorwürfe, welche gelegentlich der Enthüllungen des Processes Mellage die preussischen Behörden über sich ergehen lassen müssen, geben vielleicht auch anderen Regierungen Anlass, Umschau zu halten, ob nicht im eigenen Staate etwas faul sei und Abhilfe zu schaffen, bevor es zum öffentlichen Scandal kommt. Speciell in Bayern hätte man dazu allen Grund. In Wörishofen herrschen Zustände, die mutatis mutandis denjenigen auf Mariaberg wenig nachstehen. Auf die traurigen Zustände in dem dortigen Kinderasyle ist wiederholt hingewiesen worden; wie viele bedauernswerthe Patienten sind ihnen nicht schon zum Opfer gefallen, wie viele mögen dort schon mangels jeder rationellen Behandlung um die Chancen der Heilung gebracht worden sein! Und die Regierung kennt diese Zustände und duldet sie, wahrscheinlich um des lieben „religiösen Friedens" willen. Will man warten bis auch hier ein Mellage ersteht?

— Durch Erlass des kgl. sächsischen Ministeriums des Innern ist die öffentliche Ankündigung von Geheimmitteln bei Geldstrafe bis zu 150 Mark resp. Haft bis zu 6 Wochen verboten worden.

— In der am 13. d. Mts. abgehaltenen Sitzung der Hufelandischen Gesellschaft in Berlin hielt Herr M. Mendelsohn den angekündigten Vortrag: „Ueber Enurese", in welchem er klinische Beobachtungen über die Affection, insbesondere solche therapeutischer Art, mittheilte. In der Discussion über den Vortrag sprachen die Herren Liebreich, Samter, Casper, Patschkowski, Saalfeld, sowie Herr Mendelsohn. Sodann zeigte Herr Liebreich eine Pflasterrolle, welche zur bequemen und schnellen Herstellung von Pflastern für den eigenen Gebrauch geeignet sind.

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatten in der 22. Jahreswoche, vom 26. Mai bis 1. Juni 1895, die grösste Sterblichkeit Chemnitz mit 29,7, die geringste Sterblichkeit Remscheid mit 6,7 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Masern in Strassburg.

— Der von Lucie Messner, Wittwe des prakt. Arztes Dr. Ad. Messner in München, mit einem Kapitale von 20000 Mark begründeten, nach näherer Anordnung der Stiftungsurkunde hauptsächlich zur Unterstützung bedürftiger in München operirter Reconvalescenten bestimmten Stiftung unter dem Namen „Dr. Adolf Messner-Stiftung" wurde die landesherrliche Bestätigung ertheilt und genehmigt, dass dieselbe unter dem Ausdrucke Allerhöchst wohlgefälliger Anerkennung zur öffentlichen Kenntniss gebracht werde.

(Universitäts-Nachrichten.) **Berlin.** In Berlin wird die Errichtung eines pharmaceutischen Instituts beabsichtigt. Bis zur Durchführung dieses Planes soll ein Theil des chemischen Laboratoriums der landwirthschaftlichen Hochschule für pharmaceutische Zwecke zur Verfügung gestellt werden und mit dessen Leitung der Privatdocent für pharmaceutische Chemie Dr. H. Thoms betraut werden. — **Heidelberg.** Die Privatdocenten Dr. Hermann Klaatsch, Assistent des anatomischen Instituts, und Dr. Max Dinkler, Assistent der medicinischen Klinik, wurden zu a. o. Professoren ernannt. — **Leipzig.** Prof. v. Kries hat den Ruf als Nachfolger Ludwig's abgelehnt. — **Rostock.** Der a. o. Professor und Director der Poliklinik für Hals- und Ohrenkrankheiten Dr. O. Körner folgt einem Rufe an die Universität Breslau. — **Tübingen.** An der hiesigen Hochschule befinden sich im Sommersemester 1895 1241 Studirende, worunter 215 Mediciner sind.

(Todesfälle.) In Jena starb am 11. ds. der Nestor der deutschen Chirurgen, der vormalige Professor der Chirurgie und Director der chirurgischen Klinik in Jena, Geheimrath Franz v. Ried, im Alter von 85 Jahren. Ried war 1810 zu Kempten in Schwaben geboren und machte seine medicinischen Studien in Erlangen, Würzburg und München. 1832 promovirte er zum Doctor. Im Jahre darauf wurde er Assistent Jaeger's an der Erlanger chirurgischen Klinik. 1836 wurde er Docent der Chirurgie in Erlangen, 1846 wurde er als Professor und Director der chirurgischen Klinik nach Jena berufen, wo er dauernd verblieb. Seine bedeutendste Arbeit betrifft die Lehre von den Resectionen der Knochen.

In Passau starb am 15 ds. der Nestor der bayerischen Aerzte, Herr Dr. Jakob Schmid, im Alter von 95 Jahren. Derselbe war seit dem Jahre 1833 in Passau als praktischer Arzt thätig und erfreute sich bis in die allerletzte Zeit einer seltenen geistigen Frische.

In Hannover starb Sanitätsrath Dr. Hartwig, Director der Provincial-Hebammenschule, früher Docent für Gynäkologie in Göttingen.

In Paris starb am 11. ds. Professor Aristides Verneuil, einer der bedeutendsten französischen Chirurgen, 72 Jahre alt.

Berichtigung: In No. 24 pag. 565, Sp. 2, Z. 39 v. o. soll es heissen: „Doch sei erwähnt, dass bei Typhus die absolute Sterblichkeit etc." (nicht relative).

Personalnachrichten.

Bayern.

Ernannt. Der bisherige erste Suppleant Prof. Dr. Frommel zum ordentlichen Beisitzer des Medicinalcomité's an der Universität Erlangen und der zweite Suppleant a. o. Prof. Dr. A. Bumm an die erste Suppleantenstelle vorgerückt, der o. Prof. Dr. Gustav Hauser zum zweiten Suppleanten ernannt.

Enthoben. Prof. Dr. Fr. v. Zenker wurde von der Function eines ordentlichen Beisitzers des Medicinalcomité's der k. Universität Erlangen enthoben.

Niederlassung. Dr. Hermann Strebel in Regensburg.

Gestorben. In Vilshofen ist am 13. Juni Dr. Roman Eireiner, praktischer Arzt, im Alter von 82 Jahren gestorben.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 23. Jahreswoche vom 2. bis 8. Juni 1895.

Betheil. Aerzte 400. — Brechdurchfall 39 (19*), Diphtherie, Croup 31 (29), Erysipelas 13 (18), Intermittens, Neuralgia interm. — (1), Kindbettfieber 1 (—), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 75 (58), Ophthalmo-Blennorhoea neonatorum 7 (7), Parotitis epidemica 10 (4), Pneumonia crouposa 18 (14), Pyaemie, Septicaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 24 (24), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 14 (27), Tussis convulsiva 14 (7), Typhus abdominalis — (—), Varicellen 14 (13), Variolois — (—). Summa 260 (221). Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 23. Jahreswoche vom 2. bis 8. Juni 1895.

Bevölkerungszahl 396000.

Todesursachen: Masern 3 (1*), Scharlach 3 (—), Diphtheritis und Croup 3 (1), Rothlauf — (—), Kindbettfieber — (—), Blutvergiftung (Pyämie etc.) 1 (1), Brechdurchfall 1 (3), Unterleibtyphus 1 (—), Keuchhusten — (1), Croupöse Lungenentzündung 1 (4), Tuberculose a) der Lungen 27 (19), b) der übrigen Organe 3 (7), Acuter Gelenkrheumatismus — (1), Andere übertragbare Krankheiten 2 (1), Unglücksfälle 5 (1), Selbstmord 3 (1), Tod durch fremde Hand — (—), Sonstige Todesursachen 4 (7).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 170 (156), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im allgemeinen 22,3 (20,5), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 15,0 (12,4), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 13,6 (11,4).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.